



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**VIII CURSO DE MESTRADO EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**

As sessões de preparação para o parto e a satisfação das mulheres com o seu trabalho de parto e parto

**Vânia Sofia dos Santos Rocha Neto**

**Coimbra, Setembro de 2021**





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**MESTRADO EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**

As sessões de preparação para o parto e a satisfação das mulheres com o seu trabalho de parto e parto

**Vânia Sofia dos Santos Rocha Neto**

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Doutora, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes,  
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
**Coorientadora:** Mestre, Teresa Maria Campos Silva, Professora-Adjunta, Escola  
Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

**Coimbra, Setembro de 2021**



## **Agradecimentos são dedicatórias àqueles de quem gostamos**

Embora não muito frequente esta ordem no elencar de agradecimentos, é esta que me ressoa mais lógica. Assim,

a mim. Por me proporcionar continuar um percurso de aprendizagem que já vai longo e diverso. Por me permitir ao desafio de realizar o que a menina em mim julgava estar fora de pé. Por me permitir continuar apesar das várias tormentas que se fizeram sentir ao longo destes três anos (que haviam de ter sido só dois). Porque me impulsiona a luta pela melhoria das condições que garantimos aos seres humanos na hora de parir e nascer – uma luta para todos já que, no mínimo, todos nascemos.

ao Paulo. Meu companheiro. Meu pilar nos tempos mais difíceis. Meu doula, meu cuidador. Supriu as minhas necessidades ao longo destes tempos para que eu pudesse ter disponibilidade física e mental para suprir as dos outros. Escutaste-me e, enquanto isso, foste aprendendo tantas coisas sobre enfermagem e saúde materna e obstétrica.

aos meus pais. Que não percebem porque continuo a insistir em estudar mais e mais. Que me vêem a paixão e o fervor por estes meandros. Que me avisam que não hei-de ser eu quem vai salvar o mundo mas que ainda assim me continuam a apoiar e fazer andar para a frente.

ao meu irmão e cunhada. Ao meu sobrinho. Por ser um bálsamo para o meu espírito cansado.

às amigas. Mulheres que amo. Mães e futuras mães. Merecedoras de respeito e dignidade pela sua condição de mulheres, grávidas, parturientes, puérperas. Pela sua condição humana. Que possam conhecer para assegurarem os seus direitos, os dos seus companheiros e os dos seus filhos.

aos amigos. Homens que amo. Pais e futuros pais. Merecedores de respeito e dignidade pela sua condição de homens, pais, acompanhantes na gravidez, parto, pós-parto. Que possam conhecer para assegurarem os seus direitos, os das suas companheiras e os dos seus filhos.

Que sejam capazes de reconhecer que o nascimento do seu bebé não garante a satisfação com a sua experiência de parto e que saibam reivindicar a satisfação das suas necessidades.

aos colegas de trabalho. De outrora e de agora. Que me facilitaram trocas para poder usufruir de aulas e estágio e descanso (que foi pouco).

às colegas de curso. Chegamos agora ao fim do percurso, finalmente. Às que se tornaram mais próximas e com quem, à distância de um telefonema, pude trocar ideias e impressões acerca deste trabalho e da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em geral. Reconheço-vos o potencial. Que façamos a diferença!

à amiga que descobri na tutora. Que prazer ter-te encontrado e poder discutir tão verdadeiramente aquilo que achamos da Enfermagem actual. Agradeço a abertura para acolher e experimentar práticas baseadas em evidência que a classe vai esquecendo e que tentámos ir resgatando (e com sucesso).

às professoras. Pela orientação ao longo deste tempo.

A todos um Muito Obrigado por estarem neste percurso comigo

## **Lista de siglas**

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção Geral da Saúde

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

ICM – International Council of Midwifery

MBB – Maternidade Bissaya Barreto

MDM – Maternidade Dr. Daniel de Matos

n – nº de participantes

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – preparação para o parto

Px – Participante nº X

TP – trabalho de parto

TP/P – trabalho de parto e parto

RN – recém-nascido

SARS-CoV2 – coronavírus

SP – Sala de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCNM – Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos

UICISA:E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UMMF – Unidade de Medicina Materno-Fetal

WHO – World Health Organization

Xs – nº de semanas de gestação





## **Resumo**

As sessões de preparação para o parto (PPP) são tidas como uma mais-valia para com as mulheres grávidas, no sentido de lhes proporcionarem conhecimentos e habilidades de forma que consigam gerir o seu trabalho de parto e parto (TP/P), garantindo uma experiência satisfatória.

Objectivo: Conhecer a percepção da mulher sobre o impacto das sessões de preparação para o parto na sua satisfação com o seu TP/P.

Metodologia: Estudo nível 1, exploratório descritivo transversal com base numa investigação qualitativa através de realização de entrevista semi-estruturada e posterior análise de conteúdo. Assenta numa amostra não probabilística tipo bola-de-neve, constituída por mães com bebés até 12 meses.

Resultados: Da análise de resultados emergiram quatro dimensões: Memórias; Emoções; Necessidades da mulher; Controlo da experiência de TP/P.

Apesar de se referirem satisfeitas com a sua experiência de TP/P, as participantes associam essa satisfação maioritariamente ao bem-estar e saúde materna e neonatal, mostrando no restante discurso contradição com a satisfação verbalizada.

Conclusão: As sessões de preparação para o parto deverão ir ao encontro das expectativas e necessidades das mulheres grávidas/ casais, de forma a assegurar que estes possam ser os protagonistas nesta experiência da sua vida familiar. É premente dar a conhecer este lugar de poder, contribuindo para resultados mais positivos a curto, médio e longo prazos.

Palavras-chave: preparação para o parto; trabalho de parto e parto; protagonismo; satisfação

## **Abstract**

Childbirth preparation is believed to be of advantage for pregnant women as it guarantees them the knowledge and abilities so that they can manage their labor and birth, allowing a satisfactory experience.

Objectives: To know woman's perception of the impact of childbirth preparation on their satisfaction with their labor and birth.

Methods: Level 1 exploratory-descriptive transversal study, conducted with a semi-structured interview and content analysis. Relies on a non-probabilistic sample, snowball sample, of mothers with babies up to 12 months old.

Results: From the analysis of the results have emerged four dimensions: Memories; Emotions; Laboring woman's needs; Control of labor and birth experience.

Despite women referring satisfaction with their labor and birth experience, participants of this study associate that with maternal and neonatal health and well-being, showing however contradiction with the so verbalized satisfaction in their whole speech.

Conclusion: Childbirth preparation should meet pregnant women's/couples' expectations and needs, assuring they can be the protagonists of this family life experience. It is of the utmost importance to let this place of power be known, contributing to more positive results in the short, medium and long-term.

Keywords: childbirth preparation; labor and birth; protagonism; satisfaction

## **Lista de figuras**

- Figura 1** – Análise de conteúdo: Memórias p. 58
- Figura 2** – Análise de conteúdo: Controlo da experiência de TP/P p. 59
- Figura 3** – Análise de conteúdo: Emoções p. 60
- Figura 4** – Análise de conteúdo: Necessidades da mulher p. 64



# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b>	<b>17</b>
<b>1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ESTÁGIO E AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS</b>	<b>17</b>
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	19
1.1.1 – Unidade de Cuidados na Comunidade Norton Matos (UCCNM)	19
1.1.2 – Consulta Externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos (MDM)	21
1.1.3 – Unidade de Medicina Materno-Fetal e Sala de Partos	21
1.2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	22
1.2.1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	24
1.2.2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	25
1.2.3 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o parto	29
1.2.4 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	32
1.2.5 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	34
1.2.6 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	34
1.2.7 – Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade	35
<b>NOTA CONCLUSIVA</b>	<b>35</b>
<b>PARTE II - COMPONENTE INVESTIGATIVA – AS SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E A SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O SEU TRABALHO DE PARTO E PARTO</b>	<b>37</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>37</b>
1.1 – EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	37

<b>2 – METODOLOGIA</b>	<b>42</b>
2.1 – TIPO DE ESTUDO	42
2.2 – OBJECTIVOS DO ESTUDO	42
2.3 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	42
2.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
2.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	43
2.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	43
2.7 – PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS	44
<b>3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>45</b>
3.1 – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	45
3.2 – DADOS OBSTÉTRICOS	45
3.3 – DOMÍNIO: ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DA MULHER NA SUA GRAVIDEZ	45
<b>3.3.1 – Planeamento da gravidez</b>	<b>46</b>
<b>3.3.2 – Vigilância da gravidez</b>	<b>46</b>
<b>3.3.3 – Motivação à frequência de sessões de PPP</b>	<b>46</b>
<b>3.3.4 – Local de frequência de sessões de PPP</b>	<b>47</b>
<b>3.3.5 – Sessões frequentadas</b>	<b>49</b>
<b>3.3.6 – Sessões pré-estabelecidas</b>	<b>49</b>
<b>3.3.7 – Presença do companheiro nas sessões de PPP</b>	<b>50</b>
<b>3.3.8 – Utilidade das sessões de PPP relativamente ao seu TP/P</b>	<b>51</b>
<b>3.3.9 – Realização de Plano de Parto</b>	<b>51</b>
<b>3.3.10 – Falta de informação percebida pela mulher</b>	<b>54</b>
3.4 – DOMÍNIO: GESTÃO DO TP/P	55
<b>3.4.1 – Início de TP e ida para a maternidade</b>	<b>55</b>
<b>3.4.2 – Gestão das contracções pela mulher</b>	<b>55</b>
3.5 – DOMÍNIO: EXPERIÊNCIA DE TP/P	56
<b>SÍNTESE CONCLUSIVA</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>71</b>

## **ANEXO E APÊNDICES**

**ANEXO I –** Parecer da Comissão de Ética

**APÊNDICE I –** Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudo de investigação

**APÊNDICE II –** Guião de entrevista semi-estruturada

**APÊNDICE III –** Caracterização da amostra

**APÊNDICE IV –** Diagrama geral da análise de conteúdo segundo Bardin

**APÊNDICE V –** Tabelas de análise de conteúdo





## INTRODUÇÃO

O presente trabalho decorre da Unidade Curricular Estágio com Relatório, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, realizado sob orientação Pedagógica da Professora Isabel Margarida e coorientação da Professora Teresa Silva. Pretende ser espelho de reflexão crítica associada aos diversos estágios curriculares realizados durante este ciclo de estudos e partilhar à comunidade o trabalho de investigação efectuado a fim de concluir o Mestrado.

Da confluência da experiência prática desenvolvida nos vários locais de estágio, surgiu a inquietação que deu o mote para a investigação sobre a temática “As sessões de PPP e a satisfação das mulheres com o seu TP/P”.

Durante a gravidez, existem já uma série de pré-conceitos associados ao momento do TP/P, cultural e socialmente transmitidos na oralidade das experiências de mulheres próximas (Couto, 2006). Para permitir que esta etapa na vida do casal seja vivenciada de forma mais positiva, foram desenvolvidos métodos com pretensão de empoderar as mulheres para a experiência do parto com uma participação mais activa da sua parte. A Direcção Geral de Saúde (DGS, 2015) preconiza que os programas de PPP promovam a confiança e o desenvolvimento de *“competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade”* (DGS, 2015, p. 63), prevendo-se a existência de componentes teórica e prática na abordagem de conteúdos. Oliveira, Rodrigues, Guedes e Felipe (2010) referem que através da procura de saber veiculado pelos cursos de preparação para o parto, as mulheres tornam-se mais seguras e detêm um papel activo no parto devido ao poder que os conhecimentos lhes conferem. No entanto, Nobre (2018) refere no seu estudo uma baixa frequência das mulheres nesses cursos apesar da facilidade de acesso (cursos gratuitos ministrados nos centros de saúde) e da legislação permitir à mulher dispensa laboral para frequentar os mesmos. Refere também que as mulheres que houveram frequentado os cursos apresentavam, ainda assim, baixos níveis de autocontrolo e gestão ineficaz da dor e stress, bem como uma atitude tendencialmente passiva no decorrer do TP/P. Considerando o teor da Unidade Curricular, propusemo-nos a estudar de que forma os conhecimentos obtidos nas sessões de PPP influem nas vivências de TP/P das mulheres do distrito de Coimbra, contribuindo para a sua satisfação.

Este trabalho está estruturado em duas partes. Na primeira, apresenta-se uma reflexão sobre a forma como foram desenvolvidas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nos diferentes locais de estágio. A segunda parte diz respeito à componente investigativa sobre a temática acima mencionada, contemplando enquadramento, desenho do estudo, análise e discussão dos resultados obtidos. Finalmente apresenta-se uma síntese conclusiva e as referências bibliográficas.

# **PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

## **1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ESTÁGIO E AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS**

A Ordem dos Enfermeiros (OE) emanou dois documentos relativamente às competências que um enfermeiro especialista deve deter. No Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista declara que as suas competências envolvem as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4744). Cabe aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), em vista de uma situação de vida que requer ajuda externa, auxiliar na “mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe” (Collière, 1999, p. 290). Sob este prisma, Meleis (2010) trouxe uma visão do papel da enfermagem como facilitador dos processos de transição (situações de continuidade ou descontinuidade nos processos de vida das pessoas), com o objectivo de que estas ocorram numa lógica de saúde e percepção de bem-estar. Nesta lógica, a maternidade apresenta-se como

um processo de transição desenvolvimental, havendo alterações na identidade do sujeito (a mulher que agora se começa a perspectivar também como mãe), o assumir de um novo papel e as alterações relacionais daí decorrentes, a aquisição de novas competências e habilidades, uma nova estrutura familiar, etc. Existem factores que podem concorrer para facilitar ou inibir esta transição, como sejam: o significado atribuído à fase de vida, as crenças culturais e atitudes face à maternidade, o estatuto sócio-económico, a preparação e conhecimento acerca do assunto. Estes deverão ser factores a considerar aquando da planificação de intervenções de enfermagem, de forma a facilitar o processo de transição parental.

Relativamente às Competências Específicas de EESMO, ressalva-se as

intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, p. 13561),

onde se contempla a gravidez e o processo de parturição. Assim, os EESMO têm um papel fulcral na prestação de cuidados e no estabelecimento de relação de ajuda a cada indivíduo (Mourato, 2015). Realça-se a figura da mulher como entidade a beneficiar dos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), devendo ser encarada como indivíduo único e holístico, em relação com outros (seus conviventes significativos) e com o meio social/ cultural/ económico/ político (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio).

A OE reconhece os EESMO como o único profissional de enfermagem com competências técnicas, científicas e humanas para desenvolver e adequar “cuidados de enfermagem às reais necessidades individuais da mulher grávida/ casal, promovendo escolhas informadas sobre todos os aspectos relativos à prestação de cuidados” (Torgal et al., 2019, p. 18).

A par das competências específicas (que serão abordadas adiante), pretende-se ainda que o estudante desenvolva no decorrer do estágio as competências comuns do enfermeiro especialista, que se encontram elencadas nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim, o enfermeiro especialista deve reger a sua prática de forma profissional, ética e legal na sua área de

especialidade, de acordo com as normas legais e princípios éticos e deontológicos; garantir cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais; desempenhar um papel dinamizador na melhoria de estratégias institucionais, pretendendo uma melhoria contínua e um ambiente terapêutico seguro; gerir cuidados de enfermagem de forma a otimizar a equipa, adaptando estratégias de liderança e de gestão de recursos de forma a garantir qualidade de cuidados; desenvolver o autoconhecimento e assertividade e basear a sua prática em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

De forma a adquirir as competências preconizadas, tiveram lugar vários estágios em contextos distintos da prática clínica que seguidamente se abordam.

## 1.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Ao longo do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica decorreram vários estágios em diferentes contextos que seguidamente se especificam. O Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade englobou os contextos de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Consulta Externa, sendo seguido de Estágio em Unidade de Medicina Materno-Fetal (UMMF) e, finalmente, em Sala de Parto (SP).

### 1.1.1 – Unidade de Cuidados na Comunidade Norton Matos (UCCNM)

A UCCNM pretende prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, com enfoque na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A sua área de abrangência inclui-se no concelho de Coimbra com as freguesias de Ceira, Torres do Mondego e uma parte da freguesia de Santo António dos Olivais. Com o intuito de se apresentar como unidade de referência na área de cuidados de saúde primários a nível regional, definiu os seguintes valores pelos quais se rege: respeito pelo direito humano a uma saúde prestada com honestidade e qualidade; respeito pela individualidade; igualdade de direitos; direito à saúde em tempo útil; responsabilidade e confiança entre os seus elementos e a comunidade; responsabilidade partilhada na tomada de decisões; espírito de equipa; dedicação; disponibilidade; transparência. Conta na sua equipa com a colaboração de uma

enfermeira coordenadora, dois enfermeiros especialistas em reabilitação, uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, uma enfermeira especialista em saúde comunitária, um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, duas médicas e uma administrativa.

Considerando que as Unidades de Cuidados na Comunidade pretendem dirigir a sua acção em função de grupos específicos, a maior parte do trabalho desenvolvido não foi num âmbito de consulta individual mas antes de capacitação e promoção para a parentalidade, em sessões de grupo.

Neste âmbito, a UCC, no que respeita à área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, dinamiza vários projectos para a comunidade.

O projecto Momentos Únicos contempla sessões direccionadas para a preparação para o parto e parentalidade, contando com população-alvo de grávidas e companheiros a partir das vinte e oito semanas, inscritas numa Unidade de Saúde Funcional do Centro de Saúde (CS) Norton de Matos, tendo por finalidade preparar o casal para a gravidez, parto e puerpério, bem como preparar as grávidas e acompanhantes para o parto pelo método psicoprofilático de modo a vivenciá-lo como um ato natural no ciclo de vida da mulher. São realizadas sessões teóricas (uma por semana) e teórico-práticas (duas por semana) que para além de irem ao encontro do disposto acima, permitem também apoiar o casal na abordagem ao recém-nascido e promover o aleitamento materno. Enquanto que nas sessões teórico-práticas são realizados exercícios de alongamento e relaxamento muscular, mobilidade da cintura pélvica ou treino de período expulsivo, nas sessões teóricas são abordadas temáticas como gravidez saudável, trabalho de parto, terapias não farmacológicas de alívio da dor, analgesia de parto, aleitamento materno, puerpério, cuidados ao recém-nascido, transporte do recém-nascido em automóvel e outras que possam ser úteis ao grupo como recolha de células estaminais ou parentalidade positiva.

O projecto Momentos Únicos está também orientado para puérperas, na sua vertente de sessões de recuperação pós-parto duas vezes por semana, de forma a incentivar e realizar exercícios físicos de recuperação de tónus muscular, permitindo ainda a promoção do aleitamento materno.

A UCCNM desenvolve ainda um projecto de promoção de competências parentais pretendendo promover o toque como forma de comunicação e interação para que os pais/ mães/crianças estreitem laços, se compreendam e sejam felizes e saudáveis. Tem como nome Mãos Mágicas – curso para pais e mães de massagem infantil, destinado a quem tenha bebés dos 0 aos 12 meses e desenvolve-se em 5 sessões.

Decorrem, ainda na UCC, consultas de atendimento jovem a que podem recorrer indivíduos dos 12 aos 24 anos por qualquer situação relacionada com a sua saúde, não sendo necessária marcação e podendo usufruir de consulta de enfermagem e / ou médica.

### **1.1.2 – Consulta Externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos (MDM)**

Situado no piso 0 da Maternidade Daniel de Matos, o serviço de Consulta Externa de Obstetrícia e Puericultura é composto por consultas de obstetrícia, consultas de puericultura e ecografia. Comporta 2 gabinetes de enfermagem e 4 médicos, com 2 salas de observação e uma sala de cardiotocografia. A equipa de enfermagem tem enfermeiros de cuidados gerais, especialistas em saúde infantil e pediatria, especialistas em saúde materna e obstétrica. Pertencem ao serviço 2 assistentes operacionais. A equipa médica é composta por médicos obstetras, pediatras, psiquiatra, endocrinologistas. A equipa dispõe também de nutricionista, assistente social e psicólogo.

O serviço de Consulta Externa tem como missão assegurar cuidados diferenciados à mulher grávida e não grávida, criança, famílias ou pessoa significativa, direccionando-se especialmente às que apresentam patologia associada, da área de abrangência do CHUC e em articulação protocolada com os centros de saúde.

As consultas de vigilância de gravidez decorrem de acordo com especialidades médicas, em caso de gravidezes de risco com necessidade de acompanhamento (para além do obstetra) por endocrinologista, cardiologista, nutricionista, entre outros, existindo também as consultas de referência à maternidade a cada trimestre das gravidezes de baixo risco.

### **1.1.3 – Unidade de Medicina Materno-Fetal e Sala de Partos**

A Maternidade Professor Bissaya Barreto (MBB) e a MDM são instituições que integram o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e que pretendem prestar cuidados de saúde diferenciados de elevada qualidade à população. Declaram entre os princípios da sua prática a multidisciplinaridade centrada no utente; a eficácia e a eficiência; o rigor, a cultura do mérito, da competência técnica e científica e o espírito de equipa.

Durante o estágio que teve lugar na Unidade de Medicina Materno Fetal da MBB, pude observar e desenvolver actividades no âmbito do cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, bem como, do cuidado à mulher inserida na

família e comunidade durante o trabalho de parto, pelo que me foi possível constatar a importância destes cuidados, particularmente na vigilância das situações clínicas de grávidas internadas, promovendo o bem-estar materno e fetal, prevenindo situações complexas através de processos de tomada de decisão atempados e seguros.

No piso 1 da MDM decorreu, durante 16 semanas, o estágio em SP que conta com 7 salas, estando neste contexto de pandemia organizadas privilegiando as seguintes situações: uma equipada para situações de cesariana a grávidas infectadas com coronavírus; duas para acolher preferencialmente grávidas que ainda aguardem resultado de teste SARS-CoV2; quatro preferencialmente para acolher grávidas com teste negativo.

O trabalho ali desenvolvido visa a vigilância do TP/P e bem-estar materno-fetal, prestação de cuidados no pós-parto imediato à puérpera e RN. Menos frequentemente, prestam-se cuidados à mulher em situação de abortamento.

A assegurar os cuidados às parturientes encontram-se três EESMO por turno, contando ainda com equipa de médicos obstetras, médicos anestesistas e médicos pediatras e uma assistente operacional que dá apoio neste serviço.

## 1.2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o preconizado pela OE, conforme o Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, cabe ao EESMO:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
  - Promovendo a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.
  - Diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.
  - Providenciando cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal
  - Promovendo a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.



- Diagnosticando precocemente e prevenindo complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.
  - Providenciando cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Promovendo a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.
  - Diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.
  - Providenciando cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.
- Promovendo a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.
  - Diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.
  - Providenciando cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério
- Promovendo a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.
  - Diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.
  - Providenciando cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica
- Promovendo a saúde ginecológica da mulher.
  - Diagnosticando precocemente e prevenindo complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.
  - Providenciando cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.
- Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade
- Promovendo a saúde do grupo-alvo
  - Diagnosticando precocemente e intervindo no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.
  - Intervindo na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.

Para a aquisição dessas competências, preconiza-se um conjunto de experiências mínimas:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação activa em partos de apresentação pélvica — Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos — A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia;
- Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos (Lei nº 9/2009 de 4 de março, p.1515).

### **1.2.1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional**

A UCCNM promove um serviço de consultas de atendimento jovem a decorrer uma vez por semana durante 4h, destinado a jovens dos 12 aos 24 anos (inclusive), sem necessidade de marcação prévia ou pagamento de taxas moderadoras, garantindo-se o anonimato do utente.

Os jovens podem usufruir da consulta pelos mais variados motivos, desde requisição de exames de rotina a preocupações ou dúvidas acerca de alimentação, distúrbios

psicológicos e/ou emocionais, drogas, álcool, sexualidade, métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis.

Considero que no que respeita à saúde sexual e vivência saudável da sexualidade, os EESMO têm um papel a desempenhar não apenas com mulheres mas também com indivíduos do sexo masculino.

### **1.2.2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

A experiência de três semanas em ambiente de consulta externa da maternidade permitiu desenvolver competências no âmbito do diagnóstico e intervenções especializadas.

Até ao momento tinha tido poucas ocasiões para desenvolver competências no âmbito de consulta à grávida e as que tinha realizado tinham sido com grávidas já após as 28s de gestação.

Nas consultas externas, realizei consulta de vigilância de gravidez a mulheres com idades gestacionais compreendidas nos três trimestres de gravidez. Com orientação do Enfermeiro A., dirigia as consultas estabelecendo uma boa relação com as grávidas e/ou casais, indo ao encontro das suas necessidades e esclarecendo as suas dúvidas e também orientando o seu processo de saúde consoante a sua idade gestacional.

Às mulheres que recorriam à consulta no primeiro trimestre realizava entrevista inicial com enfoque na sua história de saúde e antecedentes familiares, história de gravidezes e partos anteriores, história gestacional actual e alterações fisiológicas associadas, avaliação de sinais vitais e parâmetros antropométricos, verificação dos resultados analíticos recentes em particular relativamente a valores de hemograma, glicose e imunoglobulinas, realizando ensinamentos pertinentes. Eram então abordadas temáticas como a forma como se processam as consultas na maternidade e exames que poderia ter de realizar (análises clínicas a pedido do médico, ecografias, registo cardiotocográfico para avaliação do bem-estar fetal e da contractilidade uterina, Prova de Tolerância à Glicose Oral pelas 24 – 28s de gestação (em caso de normoglicémia nas análises iniciais), hábitos alimentares e cuidados a ter no manuseio e preparação de alimentos (especialmente em situação de não imunidade à toxoplasmose por ser uma doença com grave impacto na formação embrionária e fetal).

Grávidas no segundo trimestre eram recebidas na consulta, questionadas acerca de eventuais desconfortos ou alterações relevantes ocorridas entretanto na sua gravidez

dando-lhes posteriormente resposta, procedia-se à consulta do boletim de saúde da grávida para recolher informações pertinentes do decorrer da gestação, avaliação de parâmetros vitais e monitorização do peso, reforçando conhecimentos prévios acerca de cuidados a ter consigo e exames a realizar. Efectuei educação para a saúde a respeito de sinais de alerta e de recorrência às urgências da maternidade, do TP/P, da importância de pensar em como gostaria que fosse o seu parto e eventualmente realizar um plano de parto a poder ser discutido com a equipa de saúde.

Já no terceiro trimestre, para além das habituais avaliações do bem-estar materno, realizei ensinamentos sobre a preparação da mala para a maternidade e promoção do aleitamento materno, conhecendo a história prévia de amamentação das mulheres que eram multigestas.

Numa das consultas de gravidez de baixo risco que conduzi, a avaliação da tensão arterial mostrou-nos um padrão hipertensivo, a grávida tinha referido maior edema de uma forma repentina em particular na face e após teste rápido de urina verificou-se a existência de proteinúria. Por este quadro clínico foi encaminhada à consulta médica e posteriormente internada de urgência para controlo de sintomatologia.

Uma vez que a maternidade tem este serviço de prestação de cuidados diferenciados, existiam dias para consultas de gravidez de risco, nomeadamente, por patologia hematológica, endócrina e casos de gemelaridade.

Para além das consultas, pude realizar registos cardiotocográficos a grávidas no terceiro trimestre, na sua maioria.

Com isso também desenvolvi competências no âmbito dos cuidados pré-natais através da concepção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção da saúde pré-natal; monitorização da gravidez; informação e orientação sobre sinais e sintomas de risco; identificação e monitorização da saúde materno-fetal por meios clínicos e técnicos para o efeito, detectando, monitorizando e avaliando desvios à gravidez fisiológica; promovendo intervenções para potenciar uma gravidez saudável; concepção e implementação de intervenções e colaboração nos cuidados à mulher com patologia associada ou concomitante com a gravidez.

No decorrer das semanas de estágio na UCCNM, foram realizadas sessões teórico-práticas no âmbito da PPP.

Propunha-se às grávidas (e com a participação dos seus companheiros) exercícios de relaxamento, de alongamento muscular, básculas, exercícios de Kegel, de promoção de alinhamento e postura corporal. Como forma de incorporar alguns destes exercícios

numa estratégia mais dinâmica e cativante, realizou-se com estes participantes um *flash mob* no recinto do CS.

Uma vez que o projecto decorre segundo o modelo psicoprofilático, propunham-se exercícios de respiração a realizar nos intervalos e durante as contrações, assim como estratégias e posições a adoptar nestes momentos.

Para as grávidas a partir das 37 semanas de gestação, finaliza-se a sessão com uma simulação do período expulsivo em posição litotómica e decúbito lateral esquerdo. Experienciam assim como realizar força expulsiva, o controlo da respiração e a manobra de Valsalva. A evidência científica mais recente afirma que uma vez que os riscos e benefícios das várias posições no parto ainda carecem de mais estudos enquanto eles não existirem, as mulheres deverão poder escolher as posições de parto que queiram assumir para parir os seus bebés (Gupta, Hofmeyr & Shehmar, 2012). Do mesmo modo, não se estabelecem ainda quais os benefícios e efeitos adversos maternos e neonatais de retardar ou fazer força num momento específico, pelo que Lemos et al. (2015) referem que as mulheres devem ser incentivadas a fazer força de acordo com as suas preferências e conforto, logo não necessariamente através da manobra de Valsalva, e uma vez que não existem fundamentos fortes que suportem um método ou movimento certo para fazer força, as decisões deverão ir ao encontro da situação clínica e preferências da mulher. Lee, Firmin, Gao e Kildea (2018) mostram-nos resultados do seu estudo de 2011 a 2016, que indicam que um período expulsivo não dirigido pelos profissionais tem melhores resultados no que respeita a lacerações perineais moderadas e severas.

Estes conhecimentos criaram em mim conflito. Por um lado, a evidência científica não assume que estes métodos tenham relevância no período expulsivo e que cabe à mulher escolher, dada a sua situação no momento, como se sente mais confortável para parir. Por outro lado, as realidades nas maternidades de Coimbra são semelhantes – o período expulsivo (por defeito) ocorre em posição horizontal de litotomia ou, eventualmente, semi-sentada. Tendo isto em consideração, enfatizei que o parto é um momento do casal e que deverá ser vivenciado segundo as suas preferências no limite do que seja isento de risco para a saúde materna e fetal / neo-natal.

Aproveitando a oportunidade das inscrições e início de participação das grávidas nas sessões de PPP, fui realizando, com supervisão da Enfermeira A., consultas de vigilância da gravidez. No decorrer das consultas eram realizados alguns exames pré-natais, como a avaliação da altura do fundo uterino, que permite uma correlação com a idade gestacional e auxilia no rastreio de alterações do crescimento fetal, das alterações

no volume de líquido amniótico e de gestação múltipla, quando não está disponível a ultrassonografia (Zugaib, 2016, p. 202) e manobras de Leopold de forma a avaliar posição e situação fetal.

Relevo algumas das capacidades mais trabalhadas neste âmbito, como sejam: conceber, planear, implementar e avaliar programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal bem como da preparação completa para o parto e parentalidade responsável (nomeadamente através das sessões Momentos Únicos); informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez; promover a decisão esclarecida relativamente à saúde pré-natal fornecendo informação sobre recursos na comunidade; promover o desenvolvimento do plano de parto, aconselhar e apoiar a mulher na decisão.

Com o decorrer do estágio, percebeu-se a necessidade de alcançar outras populações e desenvolveu-se um projecto para pais / homens que consistiu em três sessões em forma de roda de conversa, abrangendo temáticas como concepções do que é ser pai, importância da paternidade cuidadora (para o pai em particular mas também para o bebé, e mãe), o que se espera do pai, dificuldades de se ser pai cuidador, direitos do pai. Esta parece-me ser uma área a necessitar de ser mais explorada pelos EESMO já que pretende a promoção da saúde do homem em particular mas também do casal e da família, capaz de prevenir comportamentos de risco e violência nas relações, fomentando a participação activa do pai nos cuidados aos filhos e à família e potenciando bem-estar físico e mental do agregado familiar.

A UMMF dá resposta a utentes e situações clínicas de diferentes tipologias. Algumas das utentes internadas são grávidas cuja situação clínica carece de vigilância contínua e especializada, nomeadamente por questões de ameaça de parto pré-termo e rotura prematura pré-termo de membranas (estas foram as situações com que me deparei em estágio). Os cuidados a estas grávidas passam pela vigilância do bem-estar materno-fetal, realizando-se intervenções específicas como registo cardiotocográfico frequente, vigilância de movimentos fetais e contractilidade uterina, vigilância de perdas de líquido amniótico e suas características, sendo necessário (dependendo de idade gestacional) realizar intervenções interdependentes (como administração de medicações) que permitam a maturação pulmonar fetal, tocolise uterina ou profilaxia de infecções. Pela natureza da sua condição clínica, estas grávidas encontram-se por vezes em internamentos prolongados, em situação de repouso (relativo ou absoluto) e com visitas familiares limitadas dada a fase pandémica que se atravessa. Todos estes aspectos

concorrem para potenciais alterações emocionais e psicológicas para as quais o EESMO está alerta e trabalha em equipa multidisciplinar, havendo colaboração de psicóloga e psiquiatra para os casos que necessitem destes profissionais. Os cuidados devem ter sempre em conta a grávida como ser holístico e inserida numa família e comunidade, daí a necessidade de contar com equipas multidisciplinares.

A UMMF conta ainda com outra vertente de internamentos mais curtos, de grávidas em início de TP espontâneo ou induzido/programado. As grávidas chegam ao serviço vindas do Serviço de Urgência e após resultado de teste para SARS-CoV2 negativo. Estas grávidas requerem um tipo de vigilância e apoio diferente e gostaria de salientar a necessidade de apoio que por vezes manifestam, em particular, relativamente à vivência da fase latente do TP que experienciam neste serviço, previamente a terem condições para serem transferidas para a Sala de Partos.

Devido às contingências a que o país se viu obrigado, muitas destas grávidas não conseguiram ter acesso, mesmo que online, a sessões de preparação para o parto, pelo que trazem consigo medos e dúvidas. Cabe então ao EESMO apoiar, ensinar e prestar cuidados de forma personalizada a cada mulher, considerando as suas expectativas e desejos para o seu TP, criando uma relação empática e possibilitando o seu empoderamento.

### **1.2.3 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o parto**

A grande maioria das gravidezes de baixo risco culminará num parto igualmente de baixo risco. A OMS define Parto Normal como sendo

parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (OE, 2012, p.18).

Da discussão deste conceito, um grupo de peritos (OE, 2012) consensualizou a possibilidade de incluir neste conceito intervenções não rotineiras mas suportadas por evidência científica que facilitem a progressão do TP/P vaginal, especificamente: rotura artificial de membranas (quando não realizada com intuito de induzir o TP); monitorização fetal contínua; controlo da dor por métodos não farmacológicos e farmacológicos; correcção de distócias dinâmicas; episiotomia justificada por razões maternas ou fetais; conduta activa no 3º período de TP; parto com complicações minor

(hemorragia pós-parto ligeira e facilmente controlada, laceração de 1º e 2º grau e reparação perineal); administração de antibióticos para profilaxia de infecção neonatal. Deste modo, excluem-se do conceito de Parto Normal, partos induzidos, partos distócicos (ventosas, fórceps, cesarianas) e partos sob anestesia geral. Muito mais despojado é o conceito proposto pelo ICM (2014) que define Parto Normal como aquele que começa, desenvolve e culmina com o nascimento de uma criança de termo, em posição de vértice, sem intervenções médicas, cirúrgicas ou farmacêuticas. Da possibilidade de tantos factores de inclusão pela definição da OE, decorre que a normalidade dos partos sofre algum tipo de intervenção (ainda que o conceito as expresse como não rotineiras). Os cuidados e o tipo de vigilância proporcionados às parturientes influem directamente neste aspecto.

Em 2018, a OMS elaborou um documento orientador das práticas de cuidados intra-parto, com o intuito de garantir experiências mais positivas aos casais, promovendo em si a sensação de capacidade e controlo através do seu envolvimento e tomada de decisão. Entre outros, recomenda uma política de admissão tardia (fase activa de TP) no internamento da parturiente, auscultação fetal intermitente (em vez de cardiotocografia contínua), exames vaginais a intervalos de 4h em partos de baixo risco (em fase activa), métodos não farmacológicos de alívio da dor ou analgesia por via epidural ou parenteral de acordo com a preferência da mulher, ingestão oral durante o TP, encorajar a mobilidade e verticalidade da parturiente.

Relativamente aos cuidados à parturiente de baixo risco, em Portugal, Torgal et al. (2019) ressaltam alguns dos princípios de Lamaze que promovem a sua autonomia: possibilitar a liberdade de movimentos durante o TP; evitar parto em decúbito dorsal e seguir a necessidade do corpo fazer força.

Apesar destas recomendações, verificou-se que a maioria das parturientes ingressou na SP em fase latente e teve preferência por analgesia epidural. Não havendo ainda um protocolo implementado relativamente à possibilidade de administração de walking epidural, a parturiente acaba por ficar precocemente restringida ao leito, sendo concomitantemente sujeita a monitorização cardiotocográfica contínua e sem possibilidade “sem fios”, pelo que se vê bastante condicionada quanto à mobilidade defendida pela OMS e OE. Também por forma a colmatar a hipotensão consequente da analgesia epidural e devido à mulher poder apenas ingerir pequenos goles de líquidos claros ou gelatina, é-lhe cateterizada veia periférica e administrado soroterapia de acordo com protocolo vigente, sendo ainda colocada monitorização frequente (a cada



30 minutos) dos seus sinais vitais. Com tudo isto, a parturiente vê a sua mobilidade, mesmo que no leito, francamente condicionada.

Balaskas (2017) refere como vantagens da verticalidade (emergidas de vários estudos): maior intensidade, regularidade e frequência das contracções, conseqüentemente, processo de dilatação mais eficiente; relaxamento mais profundo entre contracções; maior pressão exercida pela cabeça fetal no colo mesmo no intervalo das contracções, pelo que é menor a duração do primeiro e segundo estádios de TP; melhor disposição, menos stress e dor pelo que há menos necessidade de analgesia; menor incidência de sofrimento fetal e melhores condições do RN; sensação referida pelas mulheres de estarem a “participar e contribuir para o parto, sentindo-se aliviadas do tédio e degradação de permanecerem deitadas e ligadas a um aparelho” (p.59).

No seu livro, Calais-Germain e Vives Parés (2016) exploram a biomecânica dos movimentos que permitem adjuvar as diferentes amplitudes dos espaços da bacia óssea, promovendo TP/P com menos intervenções obstétricas. Foi possível (e particularmente notório num trabalho de parto) implementar algumas intervenções relativas à mobilização passiva da parturiente sob analgesia epidural e restrita ao leito, tanto utilizando técnicas de mobilização manual (pela equipa ou pelo companheiro após realizados ensinamentos) como recorrendo ao uso da bola amendoim. Num dos TP, foi possível promover a descida do móvel fetal que não se verificava apesar da dilatação completa há mais de uma hora. Nestes momentos, verificou-se de grande mais-valia a partilha de conhecimentos com a minha tutora, Enfermeira A..

Dada a mobilidade condicionada das parturientes, muitas vezes houve necessidade de partos instrumentados ou no mínimo de episiotomia (continuando a considerar-se este como parto normal dentro do critério da OE). Após pesquisa bibliográfica, entende-se que comparando resultados da intervenção e da não intervenção manual a nível do períneo expõe resultados similares relativamente à incidência de trauma perineal, evidenciando contudo um aumento de lacerações de 3º grau e episiotomias quando se verifica maior intervenção pelos profissionais (Pierce-Williams, Saccone & Berghella, 2019). Outro estudo reforça este achado e acrescenta que a não intervenção manual a nível do períneo concorre para o não aumento da incidência de trauma perineal grave, da hemorragia pós-parto e da duração do período expulsivo (Huang et al., 2020). Infelizmente, na prática clínica constata-se que se perpetua a crença de que é necessário intervir no períneo para assistir na expulsão fetal (particularmente na deliberação da cabeça) seja pela manipulação, seja realizando episiotomia. Nos partos realizados, houve a preocupação de proteger os tecidos perineais, promovendo uma

expulsão lenta e controlada do bebé. Houve necessidade de realizar 6 episiotomias (<20% dos partos realizados), e posterior rafia das mesmas ou de lacerações de 1º e 2º graus. Nos dias seguintes, foi possível visitar as puérperas e conversar sobre como achavam que tinha decorrido o parto, eventuais queixas álgicas a nível perineal e observação da sutura, o que se mostrou proveitoso para melhorar as práticas clínicas.

É sabido que o trabalho de parto se faz acompanhar de sensações mais ou menos dolorosas e várias são as estratégias existentes para alívio da dor. Como métodos não farmacológicos, usados só ou em concomitância, tive oportunidade de sugerir e colocar em prática o uso de estratégias de respiração, massagem e aplicação de calor (nomeadamente na região lombar), movimentação quer por alternância de decúbitos quer por mobilização passiva, uso de bola amendoim e bola de pilates. A maioria das parturientes assistidas optou por receber também analgesia epidural. De notar que a OMS (2018) refere um aumento significativo (4 a 5 vezes mais) do risco de parto instrumentado em mulheres com analgesia epidural, maior risco de uso de ocitocina, aumento do período expulsivo, hipotensão, retenção urinária, febre, bloqueio motor e risco de vivenciar uma experiência de parto menos positiva. Por tudo isto, o uso de analgesia epidural concorre para tornar um processo fisiológico num evento medicalizado.

Durante a vigilância e assistência à parturiente, com o apoio da Enfermeira A., deu-se oportunidade de desenvolver competências no âmbito da realização de manobras de Leopold; da avaliação do TP fosse através do comportamento manifestado pela mulher, fosse por meio de exame ginecológico; de leitura e análise de traçados cardiotocográficos; expressão do RN de forma a ajudar na limpeza das vias aéreas. Também houve possibilidade de partilha de conhecimentos e abertura a propostas de intervenções de acordo com as várias situações surgidas, algumas das quais já referidas.

Após o período expulsivo, na fase de dequitação é imperativo a expulsão da placenta e membranas completas, diminuindo o risco de hemorragia. A correcção de lacerações e/ou episiotomias e posterior inspecção do canal vaginal permite assegurar que não haja hemorragias excessivas e contribuir para uma correcta cicatrização e funcionalidade dos tecidos perineais.

#### **1.2.4 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

Durante o Estágio em SP, desenvolveram-se competências também relativas aos cuidados prestados no pós-parto imediato, até que mãe e RN sejam transferidos para internamento. Este é o 4º estadio de TP e momento singular para mãe e bebé que se recuperam do processo físico de parto e nascimento por meio de profundas mudanças fisiológicas e iniciam o processo de vinculação (Bobak et al., 1999).

É importante estar atento a eventuais complicações maternas (como atonia e hemorragia) e do RN (por exemplo, síndrome de dificuldade respiratória), de forma a intervir precocemente. Contando que tudo esteja bem com ambos, importa promover a vinculação precoce mãe-bebé-pai, favorecendo o contacto pele-a-pele e a amamentação ainda na primeira hora de vida.

No período pós-natal imediato, promoveu-se o desenvolvimento de competências parentais no que respeita à prevenção do risco de hipotermia do RN, ao cuidado de vestir o RN (sempre que possível, privilegiando que coubesse ao pai essa actividade), posicionamento e pega correctos para mamar.

O projecto Momentos Únicos da UCCNM contempla sessões de recuperação pós-parto e tem como população alvo puérperas, pelo que foi possível a realização de consultas, avaliando diástase da musculatura abdominal e promovendo melhorias com a continuidade da participação nas sessões práticas e realização dos exercícios no domicílio. Também eram abordados os desconfortos sentidos pela puérpera e respondidas algumas queixas e dúvidas relativamente à amamentação, promovida contracepção e abordada a temática da sexualidade.

“Mãos Mágicas (curso para pais e mães de massagem infantil)”, na UCCNM, pretende proporcionar o desenvolvimento de competência parentais nomeadamente na área do toque e cuidado ao bebé, comunicação e estreitamento de laços afectivos. Por outro lado, é também um momento em que as mães e alguns pais acabam por expor algumas dúvidas acerca do desenvolvimento dos seus bebés.

As sessões de massagem infantil, dado o cariz do seu funcionamento, permitem às mulheres amamentar os seus bebés no decorrer das mesmas, desta forma contribuindo para a promoção e protecção do aleitamento materno. Estas experiências aliadas a apoios prestados no cantinho da amamentação e no encontro mensal “Pingos de Amor”, permitiram a tomada de contacto com o nem sempre fácil universo da amamentação.

Situações de fissuras mamilares, aumentos ponderais baixos, gestão de opiniões de familiares, vontade de iniciar re-lactação foram algumas das abordadas. Em qualquer caso, tentou-se perceber a situação que motivara a procura de cuidados de saúde nesta área, quais as expectativas e desejos da mãe / casal e de que forma se poderia ajudar.

Promoveu-se o aleitamento materno, expondo ou reforçando os seus benefícios. Nas situações de queixas mamárias, tentou-se orientar as mulheres para a extração do seu leite para posteriormente alimentarem o seu bebé, não comprometendo as vantagens do aleitamento materno. Confortou-se mulheres com anseios devido ao pouco ganho ponderal dos seus bebés e sugeriu como estratégia a extração do leite que ficava após mamada para que pudesse ser dado por copo ao bebé, permitindo a ingestão do leite rico em lípidos com o mínimo de esforço do bebé, assim rentabilizando as suas energias, não deixando de estimular inicialmente a produção de leite pela realização da mamada.

Foram abordadas diferentes posições para colocar o bebé à mama, prevenindo complicações maternas e dando opções às mulheres e em especial a uma futura mãe de gémeos.

### **1.2.5 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério**

Ao convidar a população sénior que frequenta as sessões de reabilitação da UCC para participar no *flash mob* organizado com as grávidas, criou-se uma janela de oportunidade para realizar consultas a senhoras no âmbito do climatério e menopausa.

Foram realizadas três consultas a mulheres numa faixa etária superior a 65 anos, pelo que já se encontravam numa fase de menopausa. Privilegiou-se o suporte emocional e o esclarecimento de dúvidas/ receios como a relação entre a diminuição da componente hormonal e a maior fragilidade óssea, podendo haver lugar a maior possibilidade de fracturas.

### **1.2.6 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

Na UCCNM, teve lugar um projecto pontual “Chá das 17”, sendo a população alvo mulheres submetidas a mastectomia, com o intuito de promover um local/tempo de partilha livre sobre processos de vida e gestão da doença oncológica por mulheres com

vivências de cancro da mama. Esta população foi conseguida por frequentar sessões de Reabilitação pós mastectomia, pelo que se considerou haver necessidade de uma oferta mais direccionada ao apoio emocional nesta que é uma fase de transição na vida dessas mulheres. Assim, por meio de roda de conversa, pretendeu-se facilitar processos de luto e auxiliar na valorização do que cada uma tem de positivo na sua vida e relações.

### **1.2.7 – Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade**

Na UCCNM, decorreu um projecto tendo por população-alvo as jovens institucionalizadas na Casa de Formação Cristã, com o intuito de promover a sua participação activa no seu projecto de saúde. Também com a participação em sessão com jovens do Conservatório de Dança de Coimbra, iniciei o desenvolvimento de competências na identificação de necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, bem como a promoção de estratégias de empoderamento para raparigas (e rapazes) em idade fértil. Assim, tentei ir ao encontro da competência “cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio).

## **NOTA CONCLUSIVA**

Com experiências tão vastas em diversos campos de estágio tão específicos, considera-se terem sido adquiridas as Competências Comuns e Específicas necessárias ao Enfermeiro Especialista. Crê-se que a experiência profissional na área da ESMO, proporcionará o desenvolvimento e maturação pessoalmente desejados.



## **PARTE II - COMPONENTE INVESTIGATIVA – AS SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E A SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O SEU TRABALHO DE PARTO E PARTO**

### **1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **1.1 – EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Ao longo de muitos séculos de evolução da Humanidade, o TP/P foi vivido no seio familiar. A mulher preparava-se com a família para este evento e era assistida por outras mulheres (familiares, amigas, parteiras ou curiosas sem outras qualificações senão a prática empírica) no seu ambiente próprio, plenas de conforto, apoio e confiança no corpo feminino. O parto era tido como evento natural e celebrado pela família das mais diversas formas. Deste modo, as mulheres detinham já uma certa familiaridade com o processo de parturição (Couto, 2006).

As deficitárias condições de salubridade da população em geral no que respeita a higiene, saneamento, alimentação e acesso a cuidados de saúde de outros tempos impactavam em taxas elevadas de morbimortalidade materna e neonatal, pelo que se gerou a necessidade de transferir o evento do parto para meio hospitalar, surgindo então uma apropriação do parto pelas disciplinas da medicina. Nesta sequência, parir passou a ser encarado como evento patológico ao invés de processo fisiológico, aumentando

crenças (adjuvadas por factores negativos transmitidos por uma educação informal plena de tradições fatalistas em relação ao parto) de que este é um evento a depor nas mãos dos profissionais de saúde, imiscuindo-se as mulheres de procurarem o seu protagonismo, distanciando-se cada vez mais do poder e saber feminino.

Com o desenvolvimento científico e tecnológico, assistimos a uma progressiva “medicalização” (no que respeita à Saúde) de processos fisiológicos como sejam a gravidez, parto e nascimento, verificando-se uma sobrevalorização da tecnologia e ciência face à natureza, com justificação na maior qualidade e segurança para grávida e bebé. Deste modo, foi crescendo nas mulheres uma desconfiança quanto às suas capacidades de parir sem intervenções, remetendo-as para uma subordinação a instituições e poderes profissionais, submetendo-as a rotinas hospitalares focadas na “utilização intensiva da tecnologia na defesa da saúde e bem-estar das populações” (Néné, Marques & Batista, 2017, p. 325).

Medeiros, Figueiredo, Correa e Barbieri (2019) referem a percepção da antropóloga Davis-Floyd deste modelo assistencial como tendo uma visão da gravidez enquanto doença e do parto como momento crítico, sendo que os profissionais consideram o corpo da mulher como máquina não confiável que requer controlo e intervenções profissionais. Esta hegemonia do modelo médico, conduziu à expropriação dos saberes femininos, do controlo e participação activa da mulher no TP/P, com impacto negativo na sua experiência. De salientar neste movimento, a naturalização histórica da violência de género, a dominação da medicina sobre o corpo feminino e as assimetrias na relação profissional-utente (Inagaki, Lopes, Cardoso, Feitosa, Abud & Ribeiro, 2018; Medeiros et al., 2019).

O afastamento da mulher parturiente do seu ambiente familiar para um local anónimo e desconhecido, aliado ao apartar-se de vivências familiares de processos de parturição, conduz ao desenrolar de tensões e medos que poderão originar respostas físicas e psicológicas desadequadas ao parto. Parir é um evento fisiológico ao qual crescem estigmas culturais modernos associados à ideia de sofrimento e alteração da sexualidade da mulher.

A experiência do parto carece de resgate de um modelo biomédico tecnocrata para voltar a colocar a mulher no lugar de protagonista, reconhecendo-lhe autonomia, saber e poder de parir e glorificando o ser feminino. Contrariando a ideia de poder tecnológico sobre eventos fisiológicos, foram surgindo movimentos pela humanização do parto, propondo modelos de assistência com enfoque na gravidez, parto e nascimento como



eventos naturais ao ciclo vital e experiências humanas únicas e especiais para a mulher, casal e família (Néné et al., 2017).

Dar um enfoque mais humano a este processo de cariz natural e familiar é premente. Para tal, as medidas de alteração à assistência ao processo parturitivo devem assentar na restituição do protagonismo feminino, na visão do parto como evento humano biopsicossocial e na vinculação com práticas baseadas em evidência (Medeiros et al., 2019).

Inagaki et al. (2018) afirmam que toda a mulher tem direito a ser assistida de forma digna e respeitosa ao longo da sua gravidez e parto, assim como de estar isenta de qualquer violência e discriminação. Rocha et al. (2015) defendem ainda que é necessário que a mulher seja assistida de forma individualizada e holística, pelo que os profissionais devem demonstrar uma conduta altruísta e aberta ao diálogo com a protagonista do momento. A OE (2012) e Soares, Melo, Guimarães, Feitosa e Gouveia (2017) retomam esta ideia reforçando a importância de prover informações coerentes e esclarecer dúvidas de forma a instituir confiança nos profissionais, permitindo um diálogo e relação mais harmoniosos e facilitando a autonomia da mulher.

Diversos autores corroboram e adiantam medidas que concorrem para a humanização da assistência ao parto: o respeito pela fisiologia, evitando condutas desnecessárias e assistindo com base em práticas baseadas em evidência; proporcionar ambiente acolhedor e tratar a mulher com dignidade permitindo que esteja acompanhada de pessoa à sua escolha; estabelecer relação de ajuda entre profissional e mulher, permitindo que esta se expresse livremente, escutando, identificando necessidades e expectativas, promovendo a sua autonomia e participação activa (Ferreira, Medeiros, Dalprá & Corrêa, 2019; Oliveira et al., 2017; Rocha et al., 2015).

Pretende-se que com medidas mais holísticas e humanizadas possa haver uma maior satisfação dos envolvidos nesta situação de vida que é o parto e nascimento. Vivemos numa época em que, face aos conhecimentos técnico-científicos actuais, nenhuma mulher deve morrer no processo de se tornar mãe (Cardoso, Silva, Reis, Rodrigues e Bezerra, 2018). No entanto, nos dias de hoje isso não basta para que haja satisfação com o parto. Juntamente com as medidas de humanização já descritas, acresce abolir práticas de violência obstétrica e intervenções invasivas não sustentadas como toques vaginais dolorosos (muitas vezes para indução de TP sem informação nem consentimento), episiotomias, manobra de Kristeller, cesarianas programadas sem indicação clínica, violência verbal e comunicação desrespeitosa/ desmoralizante não antevendo os desejos e emoções da mulher. Neste sentido, a organização Lamaze

International, segundo Sousa, Santos e Ferreira (2019), afirma a necessidade da parturiente estar rodeada de profissionais e familiares que a creiam e sustentem a sua confiança na capacidade de se sentir livre para conduzir o seu TP e parir. Os profissionais de saúde devem compreender a necessidade de assumir um papel de adjunto da mulher que protagoniza as suas escolhas de parto e as efectiva, trabalhando para proporcionar bem-estar a ela, ao RN e a quem a acompanha (Ribeiro et al., 2018).

A perspetiva da participação da grávida como parceira nos seus cuidados de saúde alicerça-se no Eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde “Cidadania em Saúde”, no qual o Cidadão é considerado responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido (DGS, 2015).

Oliveira et al. (2017) realizaram um estudo em que as mulheres relatam como um dos principais factores de conforto durante o TP/P, a assistência prestada pelos profissionais de saúde. A humanização do parto concorre para fornecer às mulheres o que lhes é de direito, como seja, atendimento seguro e acolhedor, respeitoso das suas necessidades holísticas independentemente do profissional ou instituição que cuidem dela.

Balaskas (2017) traz à luz o conceito de Parto Activo, como “um trabalho de parto e parto normais, o modo como uma parturiente se comporta quando segue os seus próprios instintos e a lógica fisiológica do seu corpo” (p.43) não sendo objecto de uma “condução ativa” do parto pela equipa obstétrica. Esta filosofia assenta na liberdade da mulher para se posicionar de forma a potencializar as contracções uterinas e o parto, atingindo o máximo de bem-estar, relaxamento, naturalidade e controlo. O cerne reside na capacidade da mulher assumir “o comando da sua experiência em parceria com profissionais que tenham sensibilidade e confiar no seu corpo e nos seus instintos. Apesar de a maioria dos partos acontecerem naturalmente e sem problemas, às vezes, Parto Ativo significa tomar decisões sábias, que combinem alguma intervenção obstétrica com a sabedoria do Parto Ativo, caso precise.”(p. 26).

Tendo isso em conta, Freire et al. (2017) consideram a ESMO como detentora de um papel fundamental na significação do parto e nascimento para a mulher. Em contexto hospitalar, demonstram que as mulheres reconhecem as competências de ESMO, a sua sensibilidade e forma como estabelecem relação com a mulher transmitindo confiança e segurança e promovendo a autonomia, proporcionando apoio físico e emocional ademais as competências clínicas e estimulando o vínculo mãe-bebé. A relação terapêutica ESMO-parturiente permite que os profissionais conheçam as necessidades de cada mulher e actuem no sentido de lhes dar resposta, impulsionando acções que visam a humanização do parto (Rocha et al., 2015). Os autores reconhecem

que a ESMO tem demonstrado cuidados diferenciados, por profissionais capazes de estabelecer relação terapêutica, com uma conduta adequada ao respeito da feminilidade, transmissão de segurança e promoção da autonomia, proporcionando lugar à expressão de emoções e da dor, assistindo ao bem-estar físico e emocional, que tem sido valorizada pelas mulheres e seus acompanhantes (Rocha et al., 2015). Estes factos não passaram despercebidos à OMS e a países que têm recomendado maior participação da ESMO na assistência ao parto normal, considerando as suas competências, o melhor custo-efectividade e segurança, avaliação de riscos e detecção precoce de possíveis intercorrências (Freire et al., 2017).

Para além do acompanhamento profissional adequado, torna-se também importante apostar na gestão do ambiente para a promoção de uma experiência de parto mais positiva. Diversos autores nos foram mostrando, ao longo dos anos, a influência de factores de stress na fisiologia do parto, contribuindo para estimulação neocortical, inibindo secreção de ocitocina endógena, condicionando a contractilidade uterina (Odent, 2012; Soares et al., 2017). Preconiza-se a promoção de um ambiente tranquilo, privado, favorecedor de conforto/ relaxamento e segurança, a fim de não comprometer o parto e promover escolhas informadas e apoio contínuo no processo de TP/P (World Health Organization [WHO], 2018).

Nunes e Monte-Mor (2019) afirmam que a mulher valoriza os cuidados prestados pela instituição, retornando quando a experiência é satisfatória e isso relaciona-se com a competência dos profissionais, tempo de atendimento, responsabilidade, interacção com EESMO e ambiente.

Considerando a literatura, as competências dos EESMO emanadas pela OE e as orientações internacionais e nacionais para a vigilância da gravidez e assistência ao parto, elaborou-se o trabalho de investigação que de seguida se apresenta.

## 2 – METODOLOGIA

O processo de investigação é método de produção de conhecimento científico que decorre de forma ordenada em fases progressivas. Cabe ao investigador escolher e formular um problema de investigação, rever literatura existente e enunciar o seu objectivo e questões de investigação ou hipóteses. Posteriormente, determina que métodos utilizará para responder às suas questões de investigação. Para tal, irá necessitar de definir um desenho de investigação, qual a população ou amostra, quais as variáveis, quais os métodos de colheita e análise de dados. O processo de investigação culmina com a recolha de dados e sua análise, interpretação e divulgação de resultados (Fortin, 2009).

Partindo das vivências em contextos de estágio, despoletou-se uma inquietação que originou esta investigação sobre a temática “As sessões de PPP e a satisfação das mulheres com o seu TP/P”.

### 2.1 – TIPO DE ESTUDO

De acordo com o estado da arte e o fenómeno em questão, optou-se por uma investigação qualitativa, num estudo exploratório descritivo transversal, já que se pretende conhecer o fenómeno, sua análise e descrição (Fortin, 2009).

### 2.2 – OBJECTIVOS DO ESTUDO

Pela natureza do estudo, estabeleceu-se como objectivo:

- “conhecer a percepção da mulher sobre o impacto das sessões de preparação para o parto na sua satisfação com o seu TP/P.”

### 2.3 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Considerando o fenómeno em estudo e a literatura analisada, estabeleceu-se como questão de partida “Qual a percepção das mulheres sobre o impacto das sessões de preparação para o parto na satisfação com o seu TP/P?”.

## 2.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Utilizou-se a rede social Facebook para a chamada de participantes, mulheres que frequentaram sessões de PPP, através de grupos de mães ali existentes.

Para a selecção de amostra não probabilística acidental, tipo bola-de-neve, estabeleceram-se como critérios de inclusão: mulheres com bebés de idade até 6 meses; frequência de sessões de preparação para o parto; parto hospitalar na última gravidez; distrito de Coimbra. Como critério de exclusão define-se “parto gemelar”.

Com o surgir do contexto pandémico e considerando uma maior dificuldade em estabelecer contacto com potenciais participantes dada a insegurança inerente ao vírus desconhecido, foi aumentado o tempo do critério relativo ao nascimento do bebé, de 6 meses para 1 ano, com devida aprovação pela Comissão de Ética.

A amostra estabelecida foi de 10 participantes por ter sido atingida saturação de dados, ou seja, ter-se alcançado uma repetição dos dados recolhidos das várias participantes.

## 2.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Considerando o objectivo enunciado, uma entrevista semi-estruturada seria um método adequado nesta investigação. Deste modo, permitiu recolher dados descritivos na linguagem do sujeito e intuir sobre como este interpreta o fenómeno enquanto se manteve foco na temática a estudar não sendo, no entanto, obrigatória a ordem das questões estipuladas em guião, o que propiciou que a entrevista fluísse como uma conversa. Assim, foi elaborado um guião como instrumento de recolha de dados (Apêndice I).

Partindo da experiência nos diferentes contextos de estágio e da literatura analisada, estabeleceram-se os seguintes domínios:

- “envolvimento e participação da mulher na sua gravidez”;
- “gestão do TP, pela mulher, antes de chegar à SP”;
- “experiência de TP/P, em ambiente hospitalar”.

## 2.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O presente trabalho de investigação foi submetido a aprovação pela Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, obtendo parecer positivo (Anexo I).

A investigação decorreu no domicílio das participantes após o seu consentimento informado (Apêndice II), num espaço calmo, com dois intervenientes (participante e investigadora) e constou de recolha de dados demográficos, obstétricos e entrevista semi-estruturada fazendo uso de gravação áudio, assegurando a sua destruição após transcrição da entrevista. Dado o contexto de pandemia que teve lugar ao longo do período temporal do nosso trabalho, foi necessário adaptar a forma de contacto com as participantes, para que fosse garantido o mínimo de risco de exposição face à possibilidade de contágio. Deste modo, e considerando as vontades das participantes, optou-se por alterar a forma de contacto, que se tinha negociado presencial, para um contacto de entrevista por meio de plataforma digital de acordo com a escolha da participante, mantendo-se a gravação áudio com devido consentimento.

Foi garantido o princípio de confidencialidade através de agendamento de encontro por mensagens privadas na rede social Facebook, realização de entrevista em ambiente privado, entrevista e tratamento de dados pela mesma investigadora, atribuição de código identificativo a cada participante (ex: participante 1 - P1) e apresentação de dados por menção a esses códigos sempre que transcrita alguma parte de entrevista. A amostra obtida por bola-de-neve garantiu o carácter voluntário de participação. Previu-se o direito das participantes revogarem a sua colaboração na investigação a qualquer momento conforme disposto no consentimento informado, observando-se o princípio de autonomia.

## 2.7 – PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

Após transcrição, cada entrevista foi revista de modo a obter uma ideia global da experiência de cada participante e recolher as informações nela contidas e, posteriormente, efectuou-se análise do seu conteúdo, de acordo com Bardin (2002).

Procedeu-se à construção de tabela com os dados sócio-demográficos e obstétricos das participantes, a fim de caracterizar a amostra (Apêndice III). Das entrevistas analisadas, identificámos quatro dimensões que se faziam sobressair nos conteúdos: Memórias, Controlo da experiência de TP/P, Emoções, Necessidades da mulher. Tendo em conta estas dimensões, estabeleceram-se categorias e sub-categorias baseadas no discurso das participantes. Foram identificadas unidades de registo a partir dos relatos das participantes e mensuradas em unidades de enumeração. Apresentam-se estas informações em tabelas (Apêndice V), incluindo citações como unidades de contexto.

## **3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **3.1 – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

Como pode ser observado em Apêndice III, as participantes são portuguesas, sete das quais naturais do distrito de Coimbra, habitando fora da cidade de Coimbra, onde se situam as maternidades que dão resposta aos cuidados de saúde no distrito.

Apresentam uma média de idades de 32 anos, todas vivem com o companheiro/pai do bebé, nove concluíram (no mínimo) uma licenciatura e seis têm cargos diferenciados. Todas se encontravam empregadas durante a gravidez e apenas uma não usufruiu de baixa clínica por se encontrar em teletrabalho e não sentir necessidade para tal.

### **3.2 – DADOS OBSTÉTRICOS**

A idade gestacional média aquando da baixa clínica é de 17s. Apenas uma participante é múltipara, embora haja duas multigestas. O parto distócico apresenta predominância na amostra, sendo que quatro dos partos são cesarianas. A Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP, 2015) refere que 40,1% dos bebés nascidos por via vaginal nasceu por parto instrumentado, o que se coaduna com os nossos resultados (Apêndice III).

Todos os bebés nasceram após as 39s de gestação, tendo três nascido após as 41s. Sete dos partos tiveram lugar após o início da pandemia em Portugal, o que implicou que as participantes tivessem uma oferta diferente no acompanhamento da sua gravidez e preparação para o parto. Oito participantes optaram por parir em Coimbra, uma deslocou-se ao Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim / Vila do Conde, uma pariu no Hospital de Santo André (Leiria) onde realizara acompanhamento da gravidez.

### **3.3 – DOMÍNIO: ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DA MULHER NA SUA GRAVIDEZ**

Considerou-se, neste domínio, o investimento pessoal da mulher relativamente à sua gravidez. Abordou-se o seu desejo de assumir a maternidade através de

planeamento de uma possível gravidez, a vigilância desta, a frequência de sessões de PPP e a inclusão do acompanhante que estaria presente durante o parto, as informações e conhecimentos referidos pela mulher como importantes para o seu TP/P.

### **3.3.1 – Planeamento da gravidez**

Embora todas as participantes desejassem engravidar, para algumas tal não fazia parte do plano imediato. Assim, seis participantes planearam a gravidez contando com acompanhamento profissional, realização de exames/análises pré-concepcionais e início de suplementação.

### **3.3.2 – Vigilância da gravidez**

Relativamente à vigilância da gravidez, todas foram acompanhadas pelo seu médico de família e consultas médicas na maternidade, sendo que seis reportam um acompanhamento médico triplo, já que recorreram ainda a obstetra privado. Estes dados distanciam-se da evidência científica e da legislação em vigor. A OE refere a recomendação da OMS a favor dos modelos de continuidade de cuidados liderados por EESMO durante o período pré-natal, intraparto e pós-natal, sendo valorizados pelas mulheres e promotores de uma gravidez saudável, um parto de baixo risco e práticas parentais adequadas (Torgal et al., 2019). O acompanhamento da gravidez de baixo risco está contemplado nas competências de EESMO e, apesar de a DGS (2015) e a WHO (2016) não fazerem distinção entre enfermeiros e médicos no que concerne à vigilância destas gravidezes, nomeando apenas no geral “profissionais de saúde”, não se verifica ainda reconhecimento desta competência pela nossa sociedade.

### **3.3.3 – Motivação à frequência de sessões de PPP**

As participantes apontam, como factor motivador à participação nas sessões, a obtenção de informação embora sejam díspares nas temáticas que procuram abordar: cuidados ao RN, partilha de experiências, TP/P, direitos e opções possíveis no TP/P, alívio da dor. Tal reforça a necessidade de abrangência de conteúdos que se espera que EESMO alcancem nas suas sessões de PPP.



### **3.3.4 – Local de frequência de sessões de PPP**

Gravidez e parto são experiências marcantes do universo feminino e familiar, despoletando transições desenvolvimentais e estados de tensão, ansiedade e medo que motivam uma grande necessidade e desejo de aprender (Bobak, 1999). Couto (2006) e Vamos, Merrell, Detman, Louis e Daley (2019) demonstram que a procura de informação passa por leituras, conversas com outras mulheres, pesquisas na internet, etc., sendo que as informações obtidas poderão estar longe de adequação científica ou condicionados por experiências emocionais individuais. A promoção da saúde faz-se através da educação para a saúde, considerando o empoderamento dos indivíduos, ou seja, a sua capacitação, transferência ou reforço do seu poder, de forma que possuam capacidades de controlo e autodeterminação baseadas nos conhecimentos, autoestima e autoeficácia. Tal permite lugar à promoção da autonomia e tomada de decisão com vista à manutenção do estado de saúde, respeitando o seu estilo de vida e crenças.

Os EESMO têm o dever (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio) de auxiliar a mulher/casal neste processo de transição, promovendo o seu potencial de saúde por meio de implementação de programas de PPP. Torna-se importante fornecer às grávidas / casais informação pertinente e cientificamente credível para que construam o seu próprio caminho. É essencial que se assegure uma comunicação (directa ou por meio de fontes digitais) credível, com base científica, linguagem acessível e preferencialmente centrados na pessoa. Este aspecto torna-se, no entanto, difícil de realizar à distância porque para serem adequados individualmente, requer-se proximidade de contacto com o profissional e, em sessões de promoção de saúde de grupo, um número reduzido de participantes.

A educação pré-natal, realizada através de programas de PPP, preconiza a transmissão de conhecimentos à mulher/ casal, promovendo a tomada de decisão e participação activa no TP/P. Denota-se importância na ajuda à preparação para o parto e parentalidade, nomeadamente, contribuindo para mudanças positivas nos comportamentos de saúde, com impacto no aumento do conhecimento materno sobre TP, parto e pós-parto; diminuição da ansiedade e medo; aumento do envolvimento do companheiro e na satisfação com a experiência de parto. Os programas de PPP são processos potenciadores de aprendizagem formal e devem contemplar o contexto sociocultural, ambiental e económico da mulher/ casal, seus conhecimentos sobre gravidez e parturição, quais as suas necessidades e crenças e promover o conhecimento, criando interesse e clarificando escolhas disponíveis. As acções devem

ser avaliadas e reformuladas caso se verifique a necessidade, como parte do processo de enfermagem (Couto, 2006; Martins, 2011; Sousa, 2015).

Do mesmo modo, a OE declara no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que as suas competências envolvem as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4744).

As sessões de PPP preparam a mulher/ casal para o parto, nascimento e parentalidade, promovendo as habilidades individuais para o autocuidado (Mourato, 2015) e numa perspectiva colectiva, entende-se o grupo-alvo das mulheres em idade fértil partilhando condições e interesses comuns (como seja o processo gravídico) (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio).

A realização de PPP por EESMO decorre das atribuições legais explanadas na Lei 9/2009, de 4 de Março e do Regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica nº 391/2019, de 3 de Maio. Este trabalho, desenvolvido por EESMO associado à produção de conhecimento científico, melhoria de condições de vida, aumento de literacia em saúde e acesso a serviços de saúde, tem gerado ganhos substanciais no âmbito da saúde materna e neonatal.

Exposta que está a necessidade de alcançar mulheres e casais grávidos, ávidos de informação, e considerando os benefícios relatados, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica emanou um livro de bolso de forma a homogeneizar os conteúdos, duração e formas de trabalho relativamente aos programas de PPP. Deles deverão constar diversas áreas programáticas, contemplando a fisiologia e dor do TP; hormonas no TP; bacia obstétrica e pavimento pélvico; período da descida da apresentação; apoio contínuo da pessoa significativa no nascimento; plano de parto/nascimento; consciencialização corporal; exercício e bem-estar na gravidez; estratégias não farmacológicas de alívio da dor de TP e estratégias facilitadoras da evolução do TP (Torgal et al., 2019).

Nas recomendações para a elaboração dos programas de PPP, Torgal et al. (2019) exaltam seis princípios de Lamaze a serem considerados: respeitar o início espontâneo do TP, possibilitar a liberdade de movimentos durante o TP, presença e apoio contínuo de pessoa significativa, evitar intervenções de rotina (encorajar a elaboração de plano de parto pois permite à mulher/casal conhecer práticas hospitalares e reflectir sobre elas em conjunto com profissionais de saúde), evitar parto em decúbito dorsal e seguir a necessidade do corpo fazer força, e finalmente, promover o alojamento conjunto. A par

destes princípios, importa utilizar estratégias de consciencialização, participação e motivação e incorporar os valores/crenças/costumes das grávidas/ casais.

Todas as participantes frequentaram PPP com EESMO a partir do seu CS ou ao abrigo de protocolos municipais, pelo que se denota essa relação de proximidade à comunidade que se espera destes profissionais. Devido ao contexto pandémico, quatro das participantes realizaram PPP apenas em modo online.

### **3.3.5 – Sessões frequentadas**

Morgado, Pacheco, Belém e Nogueira (2010) referem no seu artigo que as grávidas que frequentaram no mínimo 4 sessões de preparação para o parto, demonstram uma experiência de parto mais positiva já que apresentam um melhor planeamento e preparação para o parto, esperam sentir menos dor durante o mesmo, possuem mais conhecimentos sobre a anestesia epidural, treinam mais métodos de respiração e relaxamento, esperam demorar menos tempo a tocar no bebé. Das participantes, apenas duas frequentaram menos de 4 sessões, sendo de esperar que a maioria se mostrasse empoderada para protagonizar o seu TP/P.

### **3.3.6 – Sessões pré-estabelecidas**

Seja por meio presencial ou online, todas as participantes frequentaram sessões teóricas e práticas que referem já previamente estabelecidas.

P7 – *“Daquilo que eu percebi, não há uma atenção específica para cada casal.”*

P10 – *“As sessões já estavam planeadas, tanto que elas têm uma rotina.”*

A maioria verbaliza abertura para a colocação de questões acerca da temática abordada. Apenas uma participante refere:

P10 – *“No início tentam perceber quais são as nossas expectativas das aulas.”*

e outra faz referência a um questionário inicial e final para validação de conhecimentos.

A linguagem utilizada pelas participantes ao referirem-se às sessões de PPP como “aulas” é propícia a uma postura mais passiva da grávida/casal que nos parece não contribuir para o empoderamento durante o TP, já que nem nas sessões se sentem protagonistas mas antes receptáculos de informação. Há, no entanto, quem reconheça que a padronização não é o caminho mais eficiente:

P3 - *“Hoje em dia tem que ir um bocadinho ao encontro das necessidades das pessoas.”*

Apesar destas serem as práticas vigentes, Torgal et al. (2019) preconizam a realização de uma consulta de enfermagem pré-natal antes do ingresso no programa de PPP com intuito de obter história clínica e obstétrica da mulher; avaliar bem-estar materno e fetal; obter informações sobre história de saúde familiar, estilos e comportamentos de vida, condições habitacionais e ambiente psicossocial; identificar factores de risco que possam impactar no decurso da gravidez/ saúde materno-fetal/ RN; orientar para recomendações e cuidados essenciais na gravidez e puerpério; avaliar e reflectir com a grávida/casal sobre as suas necessidades e planos para gravidez/ TP/P / puerpério; apresentar o Programa das sessões PPP e informar sobre legislação de apoio à parentalidade. Estes são elementos fundamentais para o delinear de intervenções direccionadas para a mulher/ casal de forma individual.

### **3.3.7 – Presença do companheiro nas sessões de PPP**

Torgal et al. (2019) propõem que o público-alvo dos programas de PPP sejam grávidas a partir das 26 semanas de gestação (quando não tenham de ser referenciadas mais cedo) que venham por vontade própria, sós ou acompanhadas, não devendo os grupos exceder as 16 pessoas. Deverá ser garantido o funcionamento dos programas em horário compatível com a presença dos indivíduos que o desejem (laboral e pós-laboral), não podendo isso constituir um impedimento ao seu usufruto. Prevê-se uma frequência de até duas sessões por semana, com duração de até 90 minutos, num total de 10 a 14 sessões.

Relativamente à participação e envolvimento do companheiro nas sessões de PPP, três participantes referem ter frequentado as sessões sozinhas e outras duas referem pouca assiduidade do companheiro por incompatibilidade de horário com o trabalho deste ou por ele não falar Língua Portuguesa. Para as outras cinco participantes, a assiduidade era feita em casal.

*P6 – “Não porque coincidiu com os horários de trabalho do meu namorado. Tudo o que eu encontrava que fosse mais à noite (outras sessões gratuitas), a gente tentava assistir os dois. Mais à base da amamentação e dos cuidados do recém-nascido, porque o resto era mais o que me ia acontecer a mim até ao parto e no parto eu ia estar sozinha a não ser que fosse normal, o que por acaso não foi, então ele não valia muito assistir às aulas de preparação para o parto em si porque ele não ia poder estar comigo, só mesmo na hora H.”*

*P10 – “Nas que eu fiz ele não pôde estar”.*

P8 – *“Não, frequentei maioritariamente sozinha porque o meu marido não fala português, então ele estar nas sessões não faria grande sentido. Depois falávamos sobre o assunto.”*

### **3.3.8 – Utilidade das sessões de PPP relativamente ao seu TP/P**

As sessões de PPP propõem um grande enfoque sobre a gestão do TP e medidas de alívio da dor. Esta é uma das principais razões que leva as grávidas a participar destas sessões. Metade das participantes realça a importância de conhecer e usar estratégias de alívio da dor (e em particular a respiração). Três das participantes reconhecem importância em saber o que esperar dessa experiência e como se desenvolve o TP.

P7 – *“Acho que nos formula uma linha orientadora para que nós possamos saber, mais ou menos, o que é que vamos estar à espera ou o que podemos encontrar.”*

Em contrário, apesar de algumas participantes reconhecerem que a informação transmitida nas sessões fosse pertinente dado o seu desconhecimento das temáticas, consideram não ter tido utilidade prática mediante o seu processo de TP/P.

P9 – *“Para mim que estava a ouvir tudo de novo, tudo fazia sentido, encaixava dentro do desconhecimento que eu tinha. Neste momento, depois de ter passado por aquilo que passei, pronto, não considero que tenha sido propriamente uma grande mais-valia” (...)*  
*“eu acho que se fala muito em ideais e na verdade eu não tive um ideal”*

P10 – *“As aulas a que eu assisti, serviram-me para o antes, eram exercícios que eu ia fazendo, não propriamente para o trabalho de parto em si.”*

As participantes relatam diversas estratégias por si utilizadas na gestão da dor de TP/P, desde medidas não farmacológicas a farmacológicas (sistémicas ou por meio de epidural). De notar que as técnicas não farmacológicas para alívio da dor são maioritariamente utilizadas pelas mulheres no início de TP, antes ainda de ingressarem na SP onde, uma vez chegadas, optam por realizar analgesia epidural.

### **3.3.9 – Realização de Plano de Parto**

Quando questionadas quanto à realização de Plano de Parto, apenas 3 participantes responderam positivamente, sendo manifesto o desconhecimento ainda existente sobre este instrumento ou a crença de que os profissionais não respeitem as escolhas do casal:

P2 – *“Não queria criar muitas expectativas porque sei que nós não controlamos nada.”*

P9 – *“Eu acho que ainda não há mentalidade para isso. Acabei por não fazer, achei que ia ser uma coisa desnecessária percebi que não era muito comum.”*

P10 – *“Eu sempre achei que não fosse preciso escrever isso, sempre achei que ia ser algo natural, pronto, e não aconteceu.”*

Assim, apenas uma participante o apresentou à equipa da SP, uma outra refere tê-lo feito valer dentro do rumo que a sua experiência de parto foi tomando, e a outra participante ajustou o seu plano de parto às expectativas da equipa:

P3 – *“...depois de ter falado com o meu obstetra, acabei por aceitar que seria nas condições deles.”*

Este tipo de discurso, transparece uma sensação de resignação, com a justificativa de que o fim relativiza os meios, pelo que culminar com mãe e bebé saudáveis, suprime as necessidades e vontades não atendidas.

A literatura mostra que o Plano de Parto é uma ferramenta importante na promoção da saúde materno-infantil. Potencia benefícios no processo de gravidez e parto para a mãe e bebé, bem como, a participação ativa e tomada de decisão das mulheres nestes processos permitindo o exercício de sua autonomia perante o próprio corpo e fase de vida, pelo que tem potencial de conduzir a cuidados humanizados e maior satisfação materna ao longo da gravidez, parto e puerpério (Cardoso, et al., 2018; Medeiros et al., 2019) e também contribui para a promoção das condições de nascimento e prevenção da mortalidade materna e neonatal (Cardoso et al., 2018).

A elaboração do Plano de Parto é uma recomendação da OMS que pretende ser ponto de reorganização para a humanização da assistência obstétrica a nível mundial (Medeiros et al., 2019). Esta é uma ferramenta efectiva e de baixo custo e a sua utilização assenta no princípio bioético de Autonomia, referente ao direito à informação, à liberdade, autodeterminação, escolha individual e livre vontade (Cardoso et al., 2018). Do Código Deontológico do Enfermeiros (2005) consta o respeito por este princípio, entendendo-se autonomia como a “liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afecta a vida de cada um” (art. 78º, p. 61), pelo que considerando-o em obstetrícia, a prestação de cuidados durante o processo de parir terá por finalidade o aumento do poder de tomada de decisão pela mulher, minimizando possíveis medos e práticas desnecessárias, à luz do grau de risco de cada gravidez e mulher (Cardoso et al., 2018).

De acordo com Medeiros et al. (2019), este documento escrito é de carácter legal e compila as preferências e expectativas das grávidas em relação aos cuidados que gostariam de receber durante o seu TP/P, tendo em conta o seu conjunto de valores, desejos e necessidades individuais. Estas preferências individuais, relacionadas com

factores biopsicossociais de cada mulher, são descritas considerando condições normais de TP/P, pelo que é de fulcral importância que todos os envolvidos entendam que podem estar sujeitas a alterações, caso se verifique a necessidade, impulsionada por acontecimentos no decorrer da fisiologia do TP/P, de implementar intervenções inicialmente não desejadas mas em prol da segurança materna e/ou fetal (Cardoso et al., 2018; Medeiros et al., 2019).

Dado o potencial dinâmico em que assenta a construção de um Plano de Parto, a sua elaboração carece de acompanhamento profissional que esclareça a grávida/ casal sobre “fisiologia do trabalho de parto e parto; a possibilidade de fazer escolhas; valorização do parto normal; os métodos não farmacológicos para o alívio da dor; os riscos de intervenções desnecessárias como a cirurgia cesariana sem indicação clínica; entre outras informações” (Medeiros et al., 2019, p. 2). Desde logo, a construção do Plano de Parto deve ser um momento de informação, conhecimento e gerar hipóteses para a tomada de decisão, pelo que se torna mais importante este diálogo (que se estabelece em torno das opções para o TP/P) do que o Plano de Parto em si. Este tempo de partilha promove “a reflexão das mulheres sobre as práticas benéficas e danosas no processo de parturição e seus direitos durante este momento singular, exigindo um esforço de cada uma delas para entender e expressar seus valores pessoais, necessidades e medos” (Cardoso et al., 2018, p. 58), facilitando a comunicação dessas preferências aos profissionais que a irão assistir.

Para os profissionais, o grande desafio prende-se, segundo Medeiros et al. (2019), com apoiar a mulher/ casal na sua construção de preferências de parto realistas e flexíveis, por meio de diálogos construtivos que lhes permitam também preparar-se para eventualidades inesperadas, além de garantir que os seus desejos sejam cumpridos ao máximo dentro das possibilidades evolutivas do seu TP/P. Também Rocha et al. (2015) relembram a necessidade de explicar à mulher a importância de procedimentos e cuidados e, conseqüentemente os benefícios que podem trazer. A decisão de optar ou não por eles cabe inteiramente à mulher, sendo ela quem deve escolher como irá ser conduzido o trabalho de parto, de forma livre e protagonizando todo o processo de parir, vendo os seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados em todo o processo. Desse modo, faz-se indispensável a criação do vínculo terapêutico no processo de parto, o qual contempla as relações estabelecidas entre a mulher, a equipa de saúde e seu acompanhante. Soares et al. (2017) corroboram esta ideia identificando que quando a mulher é detentora de informações pertinentes sobre condutas e trabalho de parto, ela sente-se valorizada e incluída nos cuidados e compreende o seu papel no processo parturitivo, mostrando-se realmente empoderada. Inagaki et al. (2018) rematam,

afirmando que se as mulheres tivessem as informações necessárias, talvez viessem a ser mais actuanes e exigentes, ao invés de passivas e submissas.

Medeiros et al. (2019) afirmam que a educação pré-natal deverá ser mais aberta na abordagem das diferentes filosofias em torno da prestação de cuidados em diferentes contextos de parto, permitindo a elaboração de Planos de Parto mais realistas e escolhas conscientes em relação ao acompanhamento profissional e ambiente de parto tendo em conta as necessidades e crenças da mulher/ casal. Reforçam ainda que poderá constar do Plano de Parto (para além das preferências de índole obstétrica) quais as pessoas de referência que estarão presentes durante o TP/P, escolhas de ingesta hídrica e alimentar, possibilidade de posições a adoptar, cuidados referentes ao RN, intervenções médicas mediante complicações e observações de carácter cultural (Medeiros et al., 2019). É importante que as informações sejam de qualidade, de modo que a mulher possa reflectir sobre as suas opções, tomar decisões e consentir ou dissentir (APDGMP, 2015).

Medeiros et al. (2019) apontam as enfermeiras obstétricas (activamente envolvidas na prestação de assistência ao parto) como as profissionais ideais para auxiliar a construção de um Plano de Parto (dado conhecerem as reais possibilidades que poderão ser oferecidas nos serviços) e ressaltam que os detalhes oferecidos neste documento orientam a atenção prestada pelos profissionais de saúde para um cuidado personalizado e de qualidade para cada mulher, proporcionando um vínculo entre esta e o profissional de saúde e favorecendo o apoio emocional, o que influencia a satisfação com a experiência de parto ao conferir alívio da dor e tensão. Referem resistências e desafios a ser superados e invocam que embora haja mais mulheres a apresentar Plano de Parto, a sua percentagem está longe de ser a desejada, reflectindo-se como uma minoria também na nossa amostra.

### **3.3.10 – Falta de informação percebida pela mulher**

Relativamente à experiência de TP/P, quatro participantes reconhecem haver informação que lhes teria sido útil e de que não foram detentoras, nomeadamente em relação aos diferentes tipos de parto (com inclusão da cesariana), fisiologia de TP/P e indução. As participantes que respondem que, após a sua experiência, sentem que não tiveram necessidade de mais nenhuma informação, são mulheres que ao mesmo tempo não estavam empoderadas (veremos adiante resultados referente ao protagonismo no TP), apenas iam com o sentido daquilo com que poderiam contar. Sentir que não lhes tenha faltado informação não é o mesmo que dizer que estivessem empoderadas para



conduzirem activamente e protagonizarem o seu TP/P. Medeiros et al. (2019) reforçam esta ideia que implica as mulheres (mais preparadas, confiantes, autónomas e participativas), confluindo para um impacto positivo na experiência de parto, embora nem sempre signifique ter um parto menos intervencionado.

### 3.4 – DOMÍNIO: GESTÃO DO TP/P

Sobre a gestão do TP/P pelas mulheres, considerou-se a forma como lidaram com as contracções uterinas e o que as levou a tomar a decisão de se dirigirem à maternidade.

#### 3.4.1 – Início de TP e ida para a maternidade

Metade das participantes referiu TP espontâneo e recorreram à maternidade devido a rotura da bolsa amniótica ou intensidade e frequência das contracções. Uma participante foi submetida a cesariana electiva por feto (primeiro filho) em apresentação pélvica. Duas participantes tiveram TP induzido por diabetes gestacional e outras duas por idade gestacional de 41s, expondo afirmações como:

P9 – *“às 41s já está mais do que na hora de ele sair”* (referindo-se ao discurso do obstetra)

P6 – *“Porque desde que eu comecei a ser seguida nas consultas de termo, eu nunca dilatei mais do que aquilo que estava”*

Numa gravidez de termo, Middleton, Shepherd, Morris, Crowther e Gomersall (2020) consideram que o importante é oferecer às mulheres aconselhamento personalizado que lhes permita fazer uma escolha informada entre a indução do parto ou esperar pelo seu início espontâneo.

#### 3.4.2 – Gestão das contracções pela mulher

No controlo da dor, as participantes relataram como técnicas mais usadas: respiração (n=3), recurso a água quente/banho (n=3), deambulação (n=2), bola de pilates (n=2), alteração de posicionamentos e vocalização (n=1). Das técnicas farmacológicas foram referidas administrações orais (n=2) e via intra-muscular (n=1), tendo a maioria (n=9) realizado analgesia por via epidural. A APDMGP (2015), fazendo referência a resultados relativos a partos vaginais afirma a técnica de analgesia epidural como o procedimento

mais comum (78,3%). Duas participantes referiram ter optado por esta via uma vez na SP ainda que não tivessem percepção de contractilidade uterina e, portanto, dor.

P1 – *“Eu andei muito pelo hospital acima e abaixo, caminhei pela sala, fiz bastante pilates”*

P4 – *“Eu unicamente geria com respiração que me foi ensinada, tomei paracetamol.”*

P8 – *“com as estratégias daquela sessão a que eu assisti, caminhei muito naquele corredor, fiz muitos exercícios de respiração e mais alguma coisa. Acho que os exercícios foram úteis e essa aula foi particularmente útil.”*

Duas participantes referem não ter conseguido gerir a dor das contracções de outra forma que não a farmacológica dado que não se sentiam em controlo da situação

P6 – *“Eu ficava, eu esperneava, eu tentava respirar, não consegui fazer nada.”*

Como referido na Parte I, Balaskas (2017) aponta como algumas das vantagens de uma conducta activa na gestão do TP pela mulher: maior intensidade, regularidade e frequência das contracções, com consequente eficiência na dilatação cervical; relaxamento mais profundo entre contracções logo, melhor disposição, menos stress e dor pelo que há menos necessidade de analgesia.

### 3.5 – DOMÍNIO: EXPERIÊNCIA DE TP/P

No decorrer das entrevistas, verificou-se que as participantes se sentiam confortáveis com a partilha da sua experiência, sendo que o discurso se tornou fluído e se foram entrosando informações para as quais tinham sido elaboradas algumas das nossas questões. Após a transcrição das entrevistas, observou-se uma variedade de dados presentes por todo o verbatim, pelo que se iniciou uma tentativa de os agrupar. Do que nos foi transmitido pelas participantes acerca da sua experiência de TP/P, seleccionaram-se os conceitos/ excertos que se evidenciavam no discurso e agrupando estas informações, criou-se as unidades de registo/ indicadores. Verificou-se haver dados relativos à própria, ao companheiro, ao RN, aos profissionais. Percebeu-se também que, por exemplo, os dados relativos à própria participante podiam ser dicotomizados num conceito e no seu contrário (por exemplo, positivo e negativo), pelo que foram estabelecidas categorias nesta lógica dicotómica e englobadas nelas, sub-categorias relativas à mulher/ casal, aos profissionais e ao RN. Por fim, entendeu-se que, pela sua natureza, as diferentes categorias eram passíveis de ser incluídas no que considerámos as dimensões presentes no discurso: Memórias, Controlo da experiência de TP/P, Emoções e Necessidades da mulher (Apêndice IV).

Através do discurso das participantes, recolheu-se o que verbalizaram recordar-se do seu TP/P e definiu-se a dimensão de Memórias. Dos seus relatos foi possível agrupar essas memórias, em categorias, como positivas ou negativas, consoante a mulher referisse agrado ou desagrado ao verbalizá-las, respectivamente. Criou-se uma associação destas à própria mulher/ casal, aos profissionais que a assistiram ou ao RN, conforme o sujeito da respectiva Memória.

Como se pode observar na figura 1 (e com mais detalhe em Apêndice V), considerando que as unidades de registo se encontram elencadas por ordem decrescente em número de participantes que as referiu, importa de sobremaneira às mulheres que o parto corra bem, o que se associa aos factores que referem também relativamente ao seu bebé (como sejam ver RN e o RN chorar).

P2 – *“Foi tomada a decisão de ir para cesariana e a partir daí correu tudo bem.”*

P4 – *“A gente olha e pensa como é que a conseguiu gerar... é uma emoção fora do normal.”*

Predominantemente, apontam como Memória negativa associada a si/ casal a ausência do companheiro ao longo da experiência do TP.

P10 – *“... vou ter sempre na memória que eu não gostei, foi de saber que o pai estava lá fora no parque de estacionamento.”*

O respeito e a boa disposição da equipa são as Memórias positivas associadas aos profissionais mais apontadas pelas mulheres.

P2 – *“se a mãe está se calhar brincalhona (...) acaba, imagino eu, por se calhar passar isso para a equipa médica e as coisas tornam-se um bocadinho mais fáceis... ou quis eu acreditar que isso era assim.”*

Por outro lado, mostram como Memórias negativas associadas aos profissionais, o facto de estes não se apresentarem e (mais predominantemente) os exames vaginais múltiplos ou dolorosos.

P9 – *“Eu estava constantemente a ser massacrada. (...) tão exausta, estoirada (suspiro), eu estive ali de corpo (suspiro) mas a minha cabeça estava só ali a meio gás, não tinha forças.”*

Sobre este tema, a OMS, conforme refere a APDMGP (2015), afirma que as mulheres não devem, em circunstância alguma, ser obrigadas a submeter-se a exames vaginais repetidos ou frequentes por vários cuidadores ou estudantes, sendo este um exame que deverá ser limitado e consentido.

Denote-se o relevo que as atitudes dos profissionais de saúde trazem nas memórias das participantes. O TP/P são momentos de vida que desvelam a vulnerabilidade do ser humano, em que pela sua fisiologia colocam a mulher num estado mais primitivo pela supressão do neocórtex e que enfatizam a necessidade da mulher se sentir acolhida naquilo que são as suas emoções, as suas necessidades, os seus medos. Uma conduta humanizada, facilitadora do protagonismo da mulher e um ambiente que propicie segurança e conforto são essenciais para potenciar uma história com memórias mais positivas.

Ver o RN e realizar contacto pele-a-pele são as mais verbalizadas como Memórias positivas associadas ao RN, sendo a sua ausência Memórias negativas, por oposição.

P3 – “... contacto pele-a-pele com ele em cima do peito.”

P2 – “... o contacto pele-a-pele com o bebé logo a seguir a ele ter nascido não aconteceu.”

Como primeiro objectivo enumerado por Torgal et al. (2019) a respeito dos programas de PPP, está estabelecido “Capacitar a mulher/ casal para a vivência e experiência de um parto gratificante

e responsável” (p.22), pretendendo-se a promoção da tomada de decisão e participação activa no TP/P (Couto, 2006; Martins, 2011; Sousa, 2015).

O discurso das participantes emanou referências a essa participação activa a que foi atribuído o conceito de Protagonismo e de não participação activa, que se identificou como Não protagonismo. Relacionou-se essas referências com a mulher ou os profissionais, consoante o sujeito promotor desse protagonismo ou não protagonismo.

O factor maioritário de não protagonismo, apontado pelas participantes (figura 2), relacionado com os profissionais, é precisamente a ausência de pedido de

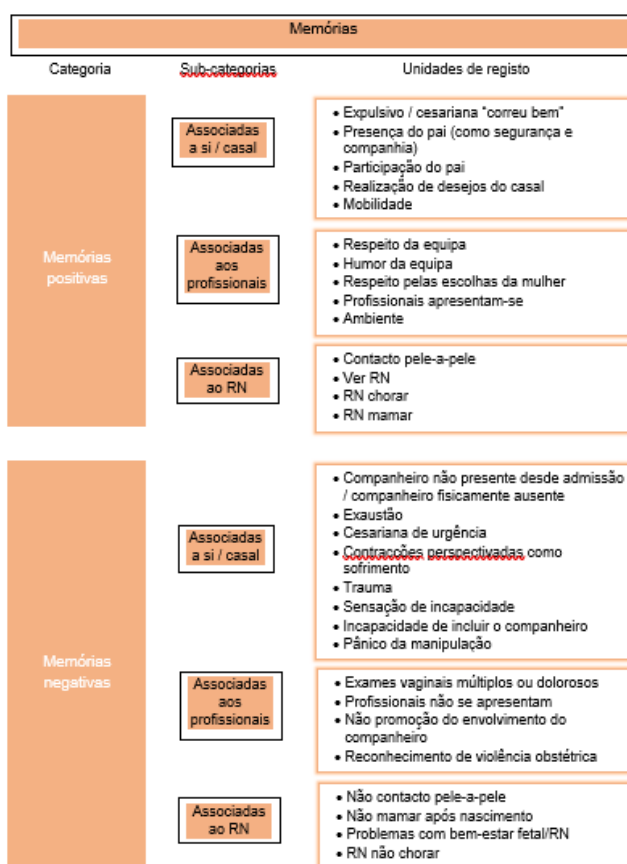


Figura 1 – Análise de conteúdo: Memórias

consentimento informado, livre e esclarecido (50%), o que vai ao encontro dos dados obtidos pela APDMGP (2015) que refere que 43,8% das mulheres considera que não foi consultada sobre as intervenções às quais foram sujeitas, revelando, uma vez mais, uma violação do direito ao consentimento informado e à recusa.

... todas as intervenções e exames devem ser precedidos de uma explicação sobre o porquê de ter surgido esta proposta de tratamento, como vai ocorrer o respetivo tratamento, e o que vai acontecer a seguir, portanto os resultados esperados ou os riscos associados. Igualmente importante é esclarecer as dúvidas sobre toda esta informação e apresentar alternativas possíveis, em último caso o que poderá acontecer se nada for realizado. Posto isto, a mulher/casal deverá ter um tempo para reflexão e resposta livre de julgamento ou coerção, que deve ser sempre respeitada (APDMGP, 2015, p.21).

Houve apenas duas participantes que apontaram que os profissionais requereram o seu consentimento no decorrer do TP/P (Apêndice V).

P8 – “... não houve em qualquer momento nenhum tipo de discussão ou de debate de nada, portanto tudo foi controlado pelos médicos e pelos enfermeiros...”

Em relação à mulher, apontam o condicionamento da mobilidade como factor preponderante de não protagonismo. É de salientar a referência à “anulação de si” observada pelas mulheres, havendo um reconhecimento individual de se tornarem um agente passivo nesta experiência da sua vida.

P2 – “não vou criar entraves, não vou criar stresses”



Figura 2 - Análise de conteúdo: Controlo da experiência de TP/P

Estes dados são convergentes com o que apresenta Nobre (2018), afirmando que as mulheres frequentaram PPP apresentavam, ainda assim, baixos níveis de autocontrolo e gestão ineficaz da dor e stress, bem como uma atitude tendencialmente passiva no decorrer do TP/P.

O factor mais apontado como positivo relativamente à própria, pela maioria das participantes, foi a capacidade de expressar necessidades (ver 3.5.7). No que se relaciona com os profissionais, diz respeito às respostas inquietações e questões da mulher.

P4 – *“o que eu questionei, sempre me explicaram tudo.”*

Rocha et al. (2015) verificaram que as mulheres aceitam as orientações dos profissionais quando são esclarecidas do seu porquê, o que revela a possibilidade de envolvimento e protagonismo da mulher no seu TP/P. Tendo em conta os dados recolhidos, verifica-se que independentemente do nº de sessões assistidas, as participantes demonstram a mesma falta de empoderamento e capacidade para protagonizarem o seu TP. As mulheres deverão ser alvo de escuta activa e ver as suas dúvidas esclarecidas, instituindo-lhes maior confiança nos profissionais que as cuidam e favorecendo a realização de escolhas com maior autonomia (Cardoso et al., 2018; Soares et al., 2017).

O TP/P são momentos imbuídos de significados vários para as mulheres, envolvendo aspectos físicos e emocionais, pelo que os cuidados prestados por profissionais não deverão reduzir-se ao desempenho de procedimentos e técnicas mas primar pela consideração à mulher, demonstrando respeito, interesse, preocupação pelo seu bem-estar e motivando-a a tomar o seu lugar de protagonismo nestes momentos (Oliveira et al., 2017). Importa reconhecer que o processo parturitivo é passível de ser afectado por factores como o medo, stress, frio, fadiga e fome, desamparo social e afectivo, ambiente desconhecido, falta de informação sobre acontecimentos do parto (Freire et al., 2017). Dado o seu impacto no TP/P, estes factores devem ser merecedores de atenção pelos EESMO, permitindo o desenrolar natural da fisiologia parturitiva com o mínimo de

interferências. Deste modo, tornam-se as condutas profissionais mais humanizadas e conducentes de maior satisfação.

As expectativas direccionadas ao parto trazem o peso das experiências de partos anteriores e dos sentimentos vivenciados ao longo da actual gravidez. Compreende-se assim que a experiência de parto tem implicações significativas, positivas ou negativas, na forma como a mulher vivencia futuras experiências de maternidade, pelo que importa um olhar cuidado e integral à mulher por parte dos profissionais (Ferreira et al., 2019).

Dos discursos das participantes, nomeou-se a dimensão Emoções, respeitante às percepções de carácter emocional experienciadas

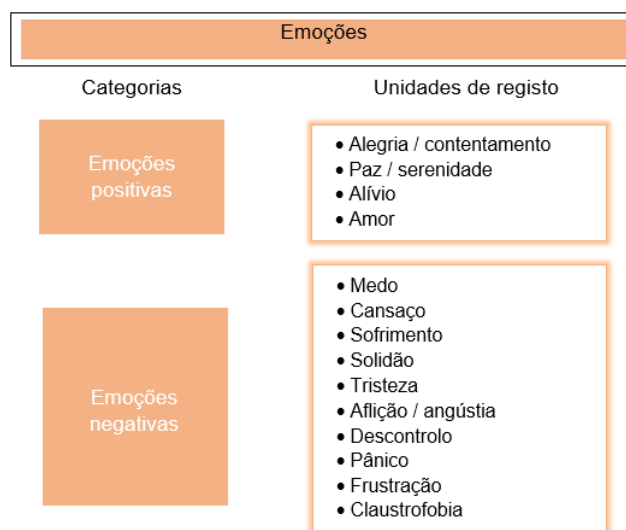


Figura 3 - Análise de conteúdo: Emoções

pelas participantes no seu TP/P e expressas em entrevista. Considera-se que as emoções apresentadas possam não representar a totalidade das emoções vivenciadas, sendo apenas aquelas que as participantes se permitiram a partilhar connosco. No entanto, verifica-se a associação de muito mais emoções negativas que positivas e igualmente na quantidade de participantes que as enumera em detrimento de relatos de experiências mais agradáveis (Apêndice V). São mais as participantes que nos relatam emoções de cariz negativo como medo e cansaço, sofrimento e solidão do que as que nos relatam alegria e que estão em igual número do que as que nos relatam tristeza ou aflição/ angústia.

P1 – “...tive muito medo de morrer e tive muito medo que o bebé morresse...”

P9 – “Medo do desconhecido...”

A presença do pai afigura-se de importância no apoio e confiança que uma pessoa significativa pode trazer a este momento que é ponto de mudança na vida do casal (e não apenas na da mulher).

P10 – “...é isso, é segurança, quando ele chegou.”

Ter uma pessoa de referência ao seu lado durante o processo parturitivo é muitas vezes apontado pelas mulheres como factor de grande importância. Associam a essa figura a

transmissão de calma, apoio e força (Oliveira et al., 2017). Sabemos que o parto pode ser fértil em ansiedades e inseguranças, particularmente ao colocar a mulher num contexto que lhe é estranho. Permitir à mulher ter acompanhantes de sua eleição ameniza estes sentimentos podendo facilitar a evolução do TP/P e a satisfação com o mesmo (Ferreira et al., 2019).

As mulheres reconhecem a importância de ter acompanhante no seu TP/P, havendo referência a maior satisfação e tranquilidade, maior liberdade para questionar a equipa, segurança e encorajamento para parir (Inagaki et al., 2018; Riegert et al., 2018; Rocha et al., 2015; Soares et al., 2017).

Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa e Cuthbert (2017) e a WHO (2018) recomendam que todas as mulheres possam ter um acompanhante no seu TP/P, sendo ele qualquer pessoa da sua escolha (familiar ou não) que lhe proporcione apoio contínuo no processo de parturição. Como benefícios da presença de acompanhante apontam o aumento de partos vaginais espontâneos e eventual diminuição de partos instrumentados, diminuição na duração do processo de parturição e do uso de analgesia, diminuição das perspectivas negativas das mulheres sobre o parto e da depressão pós-parto, melhor desfecho do TP e satisfação das mulheres.

Soares et al. (2017) aludem ao importante papel de EESMO na orientação e educação para a saúde dirigida ao acompanhante, capacitando-o a tomar um papel activo de apoio contínuo à mulher, estimulando-a à movimentação, ingestão hídrica/alimentar, alívio não farmacológico da dor. Tocam um ponto de vista muitas vezes relegado que se relaciona à desconstrução do viés de género que a presença do acompanhante pode representar, relativamente à reprodução e cuidados aos filhos como sendo responsabilidades femininas. Ao permitir a presença de acompanhante, particularmente o pai, as instituições estão a estimular a sua participação e envolvimento nos cuidados reprodutivos e responsabilidades parentais.

No âmbito de se legislar o acompanhamento em obstetrícia em Portugal, a Lei nº 110/2019 de 9 de setembro estabelece o direito da parturiente a ser acompanhada por qualquer pessoa de sua escolha, independentemente do período do dia ou noite, não estando o acompanhante submetido aos regulamentos de visitas (art. 16º). Assim, conforme disposto no art. 32º, cabe aos serviços a criação de condições para assegurar resposta efectiva a este direito, pois todas as instituições que disponham de serviços de obstetrícia e internamentos têm o dever de facilitar as condições mais adequadas ao cumprimento do direito de grávidas e puérperas a acompanhamento.



Consideram-se exceções à presença de acompanhante, situações clínicas graves com determinação expressa do médico obstetra ou instalações que não garantam a privacidade de outras parturientes, devendo o serviço informar correctamente os interessados da respectiva razão (art. 17º). Neste mesmo artigo, assegura-se a garantia do acompanhante assistir à observação do RN e de permanecer junto dele, se não se verificarem contra-indicações, particularmente de natureza clínica.

Os relatos das participantes descrevem percepções distintas:

P1 – *“Era impossível ele conseguir participar mais, só se fosse ele mesmo parteiro e profissional de saúde e isso foi o que mais me enterneceu”*

P4 – *“Nunca me proibiram de falar com ele.”* (referindo-se ao contacto telefónico durante o TP);

P6 – *“Não sei como é ter alguém mas não ter é um bocado frustrante porque a gente precisa de alguém naquele momento.”*

P8 – *“Ainda me deixou mais triste porque não tinha havido necessidade de eu estar ali tanto tempo sozinha”*

P9 – *“A sensação com que eu fiquei (...) basicamente, vão assistir, vão ver de longe.”*

P10 – *“Eu já não lhe estou a roubar nada porque ele já está aqui, isto realmente é nosso, é dos dois.”*

Relativamente à prestação de cuidados por profissionais de saúde, Ribeiro et al. (2018) apresentam como achados que: a totalidade das mulheres relatou como muito importante os cuidados do ESMO com vista à manutenção da sua intimidade e a presença de acompanhante; valorizaram a informação recebida a respeito do seu TP/P, enfatizando a preservação da sua individualidade e a identificação dos profissionais que as assistiam; a grande maioria afirma-se satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos EESMO, tendo identificado que a qualidade desses cuidados superou as suas expectativas. Do mesmo modo a OMS também reconhece os EESMO como os profissionais mais adequados à prestação de cuidados em situações de baixo risco. Na amostra que conta apenas com duas situações de patologia associada (portanto, um aumento de risco no desenrolar do TP/P), apenas uma participante foi assistida exclusivamente por EESMO. As restantes receberam assistência de médicos e enfermeiros, sendo que várias relataram a vigilância do TP realizada por EESMO e a assistência médica aquando do período expulsivo. Algumas participantes (n=3) referem que os profissionais não se identificam:

P2 – *“...houve pessoas que me fizeram toques que eu não sei identificar se eram enfermeiros, se eram auxiliares...”*

Para que a mulher desfrute de uma experiência segura e promotora de bem-estar é fundamental que receba assistência adequada, qualificada e humanizada, respeitando todos os significados que esse momento tem para si e família, permitindo sentimentos de confiança, entendimento, segurança e tranquilidade, diminuindo procedimentos invasivos desnecessários (Oliveira et al., 2017; Ribeiro et al., 2018). Os benefícios dos avanços técnico-científicos são inegáveis quando situações de risco mas o seu uso indiscriminado mostra-se prejudicial à qualidade da assistência obstétrica, pelo que cada vez mais há interesse no resgatar da humanização do parto (Freire et al., 2017). Riegert et al. (2018) afirmam que a percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica recebida é um importante marcador de qualidade dos serviços oferecidos e Soares et al. (2017) destacam os cuidados prestados por EESMO no pré-parto e parto, contribuindo para maior segurança da mulher. Assim, numa amostra com maioria de partos de baixo risco, seria de privilegiar a vigilância e assistência por EESMO, contrariamente ao identificado.

Presentes no verbatim recolhido, as Necessidades verbalizadas pela mulher (durante a entrevista) relativamente às quais se pronunciaram ou não no decorrer do seu TP/P, originaram também uma dimensão.

Verifica-se que as necessidades que as participantes referem ter verbalizado são relativas a necessidades humanas básicas como a segurança e conforto, alimentação, eliminação (figura 4). Constata-se que há mulheres que verbalizem agora não terem sido capazes de expressar desconforto ou dor à prestação de cuidados, a necessidade de verem os seus desejos considerados ou até anularem-se ou nem reconhecerem ter necessidades, transmitindo a sensação de serem mero veículo para um processo que em si toma lugar pelas mãos de outrem.

De notar que nos referimos apenas à capacidade em verbalizar as suas necessidades (Apêndice V), não nos tendo debruçado sobre a consideração que estas tiveram por parte dos profissionais. Também devemos considerar o que nos afirma uma participante, relacionando a possibilidade de expressão de necessidades tendo em conta o contexto em que se encontrava:

P10 – *“Não houve grande coisa que desse para pedir.”*

Conhecendo a realidade local, podemos afirmar que em SP as mulheres vêm a sua mobilidade restrita ao leito (particularmente se usufruírem de analgesia epidural), a possibilidade de comer / beber (a existir) está condicionada a líquidos claros e gelatina

e caso a mulher refira vontade de urinar (a conseguir de forma autónoma) ser-lhe-á oferecida uma arrastadeira.

Freire et al., 2017 e Riegert et al. (2018) discorrem que a satisfação da mulher está relacionada a factores como os cuidados prestados pela equipa e características dos profissionais, escuta activa das necessidades da mulher, fornecimento de informações e esclarecimento de dúvidas, promoção da participação da mulher na tomada de decisões conferindo-lhe autonomia. Para Soares et al. (2017), garantir ainda que o ambiente do pré-parto, parto e puerpério é o mesmo também acresce satisfação e promove a vinculação com o RN mas uma realidade assim só será possível em casas de parto (que em Portugal não existem legisladas). Nunes e Monte-Mor

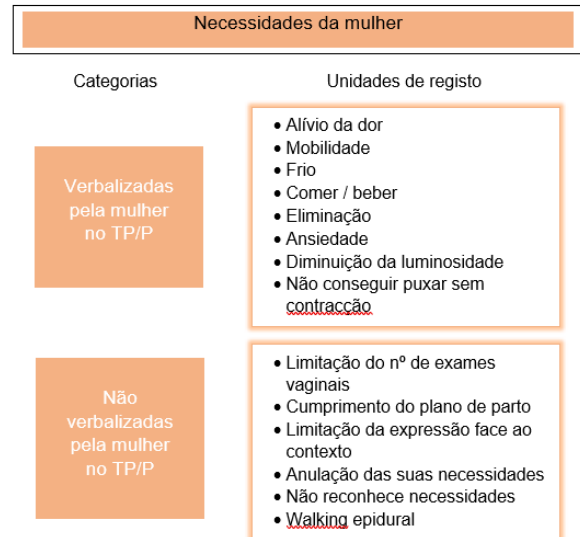


Figura 4 - Análise de conteúdo: Necessidades da mulher

(2019) apresentam como aspectos gerais de qualidade de cuidados o respeito pelas preferências individuais, apoio emocional, acesso rápido aos serviços de saúde, empatia, tratamento eficaz, atenção às necessidades físicas e ambientais, comunicação esclarecida e continuidade dos cuidados. Soares et al. (2017) constataam a satisfação das mulheres com a assistência recebida pelo apoio contínuo das enfermeiras obstetras, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo à autonomia e direito à acompanhante. Enalteceram ainda o ambiente por ser privativo, seguro e calmo. Como percepções negativas do parto, Riegert et al. (2018) apontam o sofrimento, a assistência inadequada pelos profissionais, complicações e parto demorado.

Independentemente das alterações que possam ter de ser feitas ao Plano de Parto no decorrer do processo parturitivo (comprometendo o cumprimento de todas as preferências da mulher/ casal), as mulheres continuam a demonstrar satisfação com o seu parto desde que tenham sido estabelecidos diálogo e consideração pela sua participação activa nas tomadas de decisão (Medeiros et al., 2019), o que reforça a importância do momento esclarecedor que deve ser a elaboração do Plano de Parto, apostando no seu cariz flexível e na promoção da autonomia da mulher no seu processo de parto.

A APDMGP (2015) aponta uma percentagem de 56,5% de mulheres que afirmam ter tido o parto desejado. As restantes responderam não ter tido o parto que queriam, relacionando esta percepção com a perda de controlo sobre o processo de parto.

No final da entrevista, questionou-se directamente se as participantes estavam satisfeitas com a sua experiência de TP/P.

P2 – *“Estou satisfeita com o meu parto (...) Se eu comparar histórias com colegas, o meu parto foi positivo, se eu comparar com outras foi negativo. Eu não me quero queixar porque efectivamente consegui usufruir alguma coisa mas acho que se tivesse tido mais informação e se tivesse tido, se calhar, mais personalização do meu parto, acho que talvez tivesse sido mais positivo.”*

P3 – *“No geral, fiquei satisfeita, sim. Agora olhando para as coisas não correu nada mal, acabei por recuperar normalmente, não sei se rápido se não mas, sim, claro que não foi rosas. Acabei por não ter outras complicações...”*

P4 – *“Sim, satisfeita porque eu acho que fui bem acompanhada e eu acho que isso é essencial.”*

P10 – *“Sim, posso dizer que sim, sim. A preocupação dos profissionais que estavam lá, irem sempre perguntando se estava tudo bem, acho que sentes logo um bocadinho mais de confiança e de conforto; o pai estar no final, pronto, se tivesse sido no trabalho total era melhor mas pronto.”*

Apenas duas se afirmaram insatisfeitas.

P8 – *“Depois de tudo o que lhe contei não posso dizer que estou satisfeita, não é? (...) o que eu senti da parte delas é que é natural, é natural ter sofrimento, é mesmo assim, faz parte, por isso a certa altura eu questioneei se seriam as minhas expectativas que estariam mal desenhadas porque todos dizem que é normal, contudo eu continuo a não achar normal o que aconteceu.”*

No entanto, seria de esperar que, com os dados fornecidos na integralidade das entrevistas e já acima discutidos, estas respostas apontassem noutro sentido. Considera-se que existam construções sociais que levem a que as mulheres sintam que não têm direito a manifestar objectivamente percepções menos positivas das suas experiências de parto. Várias foram as participantes que diversas vezes ao longo da entrevista, após abordarem uma particularidade de vivência menos satisfatória para si, dispersaram o discurso com afirmações como “mas pronto, já passou” subjugando a sua experiência à expectativa social de que uma mulher com um RN nos braços não tem razões para não ser uma mulher satisfeita e feliz.

Inagaki et al. (2018) revelam haver associação significativa entre a presença do acompanhante e liberdade para fazer perguntas; baixa escolaridade e menor informação; parto vaginal e desrespeito por parte dos profissionais; mulheres brancas e presença do acompanhante com maior satisfação. No seu artigo observam evidência de não reconhecimento de situações de violência obstétrica pelas mulheres. Comparativamente, as participantes tiveram acompanhamento condicionado dado o contexto de pandemia, têm um elevado nível de escolaridade, a maioria dos partos foram por via vaginal e várias são as situações de violência obstétrica que passaram sem que fossem reconhecidas como tal ou reconhecidas posteriormente, quando em confronto com outros casos:

P9 – *“Eu passei por isto tudo, tudo! Por isso também sou um caso destes e nem fazia ideia”.*

Ao longo dos últimos anos, estudos têm demonstrado que experiências negativas de parto se reflectem para lá deste momento, apresentando repercussões como aumento de risco de depressão pós-parto, dificuldades na amamentação, atitudes negativas perante futuras gravidezes, entre outras (Dencker et al., 2010). Estes são impactos a curto, médio e longo prazos que repercutem na mulher, casal, família e sociedade, inclusive com mais gastos em saúde.

Para finalizar, deixamos as recomendações da OMS (2018) para uma assistência de qualidade de cuidados maternos e peri-natais: implementação de práticas baseadas em evidência científica para situações de baixo risco e gestão de complicações; sistemas de informação e referência adequados; comunicação eficaz; respeito e preservação da dignidade; apoio emocional; recursos humanos competentes e motivados; disponibilidade de recursos físicos essenciais. A OMS (2018) assume ainda que uma experiência de parto positiva é aquela que atinge ou supera expectativas pessoais e socioculturais, como sejam, o nascimento de um bebé saudável, num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com apoio emocional e físico contínuo pelo acompanhante e profissionais empáticos e tecnicamente competentes. Considera que ainda que exista necessidade de intervenções clínicas, a maioria das mulheres deseja um TP/P fisiológico e pretende alcançar um sentimento pessoal de capacidade/poder e controlo através do seu envolvimento nas tomadas de decisão relativamente a esta sua experiência de vida.



## SÍNTESE CONCLUSIVA

A realização deste trabalho possibilitou o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Os estágios realizados no decorrer do ciclo de estudos, permitiram a aquisição de Competências Comuns e Específicas necessárias ao desenvolvimento de um Enfermeiro Especialista. Tanto na área pré-natal quanto no período peri-parto, revelaram-se importantes por serem facilitadores de uma perspectiva por observação directa e potenciadora de reflexão crítica (como se espelha na Parte I). Daí saiu o mote para a realização do trabalho de investigação (Parte II), tendo por objectivo “conhecer a percepção da mulher sobre o impacto das sessões de preparação para o parto na sua satisfação com o seu TP/P”.

Considera-se que o facto de se ter instalado a pandemia na nossa sociedade, durante o decorrer dos trabalhos de recolha de dados, poderá ter influenciado os resultados obtidos. Primeiro porque foi necessário alterar o modo de interacção com as participantes (a entrevista passou de presencial para online); depois porque também as suas vivências ficaram condicionadas ao que um sistema de saúde, sob pressão e necessidade de adaptação perante o desconhecido, pôde oferecer.

A entrevista elaborada permitiu às participantes a liberdade para se expressarem e considera-se que este trabalho de investigação foi bem conseguido já que responde à questão de partida: “Qual a percepção das mulheres sobre o impacto das sessões de preparação para o parto na satisfação com o seu TP/P?”. Os dados demonstram que as mulheres depositam confiança em que as sessões de PPP lhes irão trazer os conhecimentos teóricos, práticos e a confiança necessários à vivência de uma experiência satisfatória. Não se propôs examinar as temáticas das sessões assistidas por cada participante e talvez se verificasse que algumas mulheres não tenham conseguido assistir a sessões que lhes trouxessem mais-valias no seu TP, não se tendo munido de informação que lhes permitisse uma conduta activa na gestão da sua experiência. A maioria das participantes afirma que na realidade não conseguiu colocar em prática as suas aprendizagens, evidenciando que aquelas representam um ideal ao invés da realidade. No decorrer do discurso manifestam sinais de descontentamento com a sua experiência, seja relativamente a não se conseguirem fazer valer (nos seus direitos, nas suas necessidades), a questões relacionadas com o seu RN ou à forma como foram cuidadas pelos profissionais de saúde. De todo o modo, dizem-se satisfeitas

com a sua experiência, sublinhando o bem-estar materno e do RN como pilar dessa satisfação.

A aquisição de conhecimentos acerca do processo de TP/P, bem como das reais dinâmicas a nível hospitalar, poderão ajudar a mitigar a ansiedade e promover o controlo da mulher sobre a sua experiência desta fase de vida. Por outro lado, possibilitar-lhe cuidados por uma equipa atenta e num ambiente calmo, adequado e íntimo, potencia diminuição de ansiedade e por sua vez da dor, fomentando a satisfação da mulher com a sua experiência.

Acredita-se que se poderia vir a mostrar vantajosa a existência de mais equipas de proximidade com grávidas/casais (idealmente, de um profissional para um casal), para acompanhamento e vigilância da gravidez de baixo risco na comunidade, possibilitando uma continuidade de cuidados assente num modelo que se desejaria longe do modelo biomédico. Também uma articulação de maior parceria entre profissionais do pré-natal e do peri-natal (maternidades, no caso do nosso país), nos parece que traria benefícios para as mulheres/casais e, em termos profissionais, estaríamos numa situação de maior partilha de conhecimentos clínicos e técnicos que nos permitiria prestar melhores cuidados de saúde.

Dado o contexto de pandemia, as mulheres viram os seus direitos (relativos à gravidez e parto) condicionados, em particular, o direito à presença de acompanhante. O acompanhante no TP/P é uma figura cuja tendência, acredita-se, deverá ser de assumir um papel de maior dimensão, deixando de ser mero espectador para se tornar agente participativo nesta etapa de vida. Cabe aos profissionais permitirem e valorizarem a sua participação e os benefícios da mesma para o TP e fortalecimento dos laços relacionais familiares. Actualmente, contamos com orientações que conduziram à criação de legislação em vigor em Portugal, favorecedora da presença de acompanhante, sustentadas pelos benefícios pessoais e sociais reconhecidos como ganhos em saúde. Às instituições cabe acolher este elemento importante para uma experiência de vida única e que se deseja saudável e satisfatória.

Importa aos EESMO conhecerem as necessidades e expectativas de quem cuidam, de forma a suprir umas e ajudarem a atingir outras, assegurando respeito, dignidade e direitos. Importa que profissionais de saúde entendam que não basta um desfecho de “mãe e bebé saudáveis” para se considerar que houve uma experiência positiva. Importa que os casais saibam reconhecê-lo também e o exijam para si.

Que este trabalho possa ser um pequeno passo nesse caminho!



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). *Experiências de parto em Portugal: inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias\\_Parto\\_Portugal\\_2012-2015.pdf](http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Parto_Portugal_2012-2015.pdf)
- Balaskas, J. (2017). *Parto ativo – guia prático para o parto natural. A história e a filosofia de uma revolução*. São Pedro do Estoril, Portugal: 4Estações editora, Lda.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, Lda.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jesen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Loures, Portugal: Lusociência
- Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa R., & Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7*. Art. No.: CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Calais-Germain, B., & Vives Parés, N. (2016). *Parir en Movimiento – las moviidades de la pélvis en el parto*. Barcelona, Espanha: La liebre de marzo.
- Cardoso, G., Silva, R., Reis, R., Rodrigues, T., & Bezerra D. (2018). Plano de parto e nascimento: benefícios ao binômio mãe-bebê. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, 25(3), 54-60. Recuperado de [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206\\_202208.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206_202208.pdf)
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2a ed. Lisboa, Portugal: Lidel - edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Couto, G. (2006). *Conceptualização pelos enfermeiros de preparação para o parto* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64590/1/109064\\_W\\_4\\_COU\\_001\\_01\\_C.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64590/1/109064_W_4_COU_001_01_C.pdf)
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC pregnancy & childbirth*, 10, 81-88. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-81>

- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa, Portugal: Autor Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Ferreira, C., Medeiros, R., Dalprá, L., & Corrêa, A. (2019). Planear o parto normal: necessidades e expectativas das grávidas. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 73-90. Recuperado de <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f1e4613f-8906-44a5-b69d-6808943a0257%40sessionmgr101>
- Freire, H., Campos, F., Castro, R., Costa, C., Mesquita, V., & Viana, R. (2017). Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev enferm UFPE online.*, 11(6), 2357-2367. doi: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201714
- Fortin, M.F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Gupta, J., Hofmeyr, G., & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 5. Art. No CD002006. doi 10.1002/14651858.CD002006.pub3
- Huang, J. et al. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 87, 1-15. doi: 10.1016/j.midw.2020.102712
- International Confederation of Midwives. (2014). *Position Statement Keeping Birth Normal*. Recuperado de <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>
- Inagaki, A., Lopes, R., Cardoso, N., Feitosa, L., Abud, A., & Ribeiro, C. (2018). Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. *Rev enferm UFPE on line.*, 12(7), 1879-1886. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231395p1879-1886-2018>
- Kacperczyk-Bartnik, J. et al. (2019). Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58, doi:10.1016/j.tjog.2019.05.011 492-496.
- Lee, N., Firmin, M., Gao, Y., & Kildea, S. (2018). Perineal injury associated with hands on/hands poised and directed/undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of non-operative vaginal births, 2011-2016. *International journal of nursing studies*. 83, 11-17. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.002

Lei nº 9/2009 de 4 de março. *Diário da República nº44/2009 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/604779>

Lei nº 110/2019 de 9 de setembro. *Diário da República nº 172/2019 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/124539905>

Lemos, A., Amorim, M., Andrade, A., Souza, A., Filho, J., & Correia, J. (2015). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10*. Art. No: CD009124. doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2

Martins, M. (2011). *Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Inter-confluências profissionais e familiares* (Tese de doutoramento). Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Portugal. Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19654/1/Maria%20de%20F%C3%A1tima%20da%20Silva%20Vieira%20Martins.pdf>

Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, A., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev Gaúcha Enferm.*, 40, 1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, USA: Springer Publishing Company.

Middleton P., Shepherd E., Morris J., Crowther C., & Gomersall J. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7*. Art. No.: CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub5.

Morgado, C., Pacheco, C., Belém, C., & Nogueira, M. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo - *Revista Referência 1(12)*, 17-27. Recuperado de <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-1727.pdf>

Mourato, C. (2015). *Preparação para a parentalidade: intervenções do EEESMO que contribuem para uma parentalidade saudável* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16406/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio-CI%c3%a1udia%20Mourato.pdf>

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (Coord.). (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa, Portugal: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

- Nobre, A. (2018). *Preparação para o nascimento – a sua influência no trabalho de parto e parto* (Tese de mestrado). Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Portugal. Recuperado de [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24040/1/Mestrado-Enfermagem\\_Enfermagem%20de%20Sa%C3%BAde\\_Materna\\_e\\_Obst%C3%A9trica-Andreia\\_Sofia\\_Aniceto\\_Nobre-Prepara%C3%A7%C3%A3o\\_para\\_o\\_nascimento...%20.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24040/1/Mestrado-Enfermagem_Enfermagem%20de%20Sa%C3%BAde_Materna_e_Obst%C3%A9trica-Andreia_Sofia_Aniceto_Nobre-Prepara%C3%A7%C3%A3o_para_o_nascimento...%20.pdf)
- Nunes, K., & Monte-Mor, D. (2019). Percepção das mulheres sobre a qualidade da assistência de enfermagem durante o parto. *Revista de Gestão e Sistemas de Saúde – RGSS, São Paulo, 8(2)*, 111-125. doi: <https://doi.org/10.5585/RGSS.v8i2.14920>
- Odent, M. (2012). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad – textos escogidos de Michel Odent*. Tenerife, Espanha: Editorial OB STARE
- Oliveira et al. (2010). Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista Rene, 11*, 32-41. Recuperado de <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4655/3474>
- Oliveira, L., Trezza, M., Santos, A., Melo, G., Sanches, M., & Pinto, L. (2017). As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. *Rev enferm UERJ, 25*, 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.14203>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa, Portugal: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Documento de consenso “Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro\\_Partto\\_Normal.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf)
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Pierce-Williams, R., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. doi: 10.1080/14767058.2019.1619686
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República nº 26/2019 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio. *Diário da República nº 85/2019 – II Série*.

Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

- Ribeiro, J., Oliveira, K., Lira, J., Chagas, D., Branca, S., Lima, F., ..., Coelho, M. (2018). Contentamento de puérperas assistidas por enfermeiros obstetras. *Rev enferm UFPE on line.*, 12(9), 2269-2275. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234777p2269-2275-2018>
- Riegert, I., Correia, M., Andrade, Â., Rocha, F., Lopes, L., Viana, A., & Nunes, M. (2018). Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. *Rev enferm UFPE on line.*, 12 (11), 2986-2993. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236863p2986-2993-2018>
- Rocha, F., Fontenele, F., Carvalho, I., Rodrigues, I., Sousa, R., & Júnior, A. (2015). Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. *Rev Rene* 16(6), 782-789. doi: 10.15253/2175-6783.2015000600003
- Soares, Y., Melo, S., Guimarães, T., Feitosa, V., & Gouveia, M. (2017). Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. *Rev enferm UFPE on line.*, 11, 4563-4573. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231195p4563-4573-2017>
- Sousa, A. (2015). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20727/1/Tese%20vers%c3%a3o%20final-30-06-2016.pdf>
- Sousa, A., Santos, C., & Ferreira, M. (2019). Construir a confiança para o parto: avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 20*, 27-36. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18073>
- Torgal, A. (Coord.).(2019). *Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Vamos, C., Merrell, L., Detman, L., Louis, J., & Daley, E. (2019). Exploring women's experiences in accessing, understanding, appraising and applying health information during pregnancy. *Journal of midwifery & women's health.* 472-480. doi: 10.1111/jmwh.12965
- World Health Organization (2016). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a*

*positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.  
Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Zugaib, M. (2016). *Obstetrícia*. (3ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Manole

## **ANEXO E APÊNDICES**





## ANEXO I

### Parecer da Comissão de Ética

#### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

**Parecer Nº 646/01-2020**

**Título do Projecto:** Satisfação das mulheres com o seu trabalho de parto e parto – empoderamento através de sessões de preparação para o parto

#### Identificação das Proponentes

**Nome(s):** Vânia Sofia dos Santos Rocha Neto

**Filiação Institucional:** Mestranda enfermagem de saúde materna e obstétrica, ESENFC

**Investigador Responsável/Orientador:** Prof.ª Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes e Co-orientador prof.ª Teresa Maria Campos Silva

**Relator:** Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

#### Parecer

O estudo a desenvolver pelas proponentes insere-se no Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, justificando a sua pertinência pela evidência científica que tem “demonstrado que experiências negativas de parto se reflectem para lá deste momento, apresentando repercussões como aumento de risco de depressão pós-parto, dificuldades na amamentação, atitudes negativas perante futuras gravidezes, entre outras.”

Tem como objetivo geral “conhecer a percepção da mulher sobre o impacto das sessões de preparação para o parto na sua satisfação com o seu trabalho de parto e parto.”

É uma investigação qualitativa, tratando-se de estudo exploratório descritivo transversal.

A população alvo é “constituída por mães primíparas e múltiparas com bebés até 6 meses, que após o consentimento informado queiram participar no estudo” sendo a amostra “não probabilística por rede, tipo bola-de-neve” acedida “por meio de rede social Facebook em grupos de mães” constituindo critérios de inclusão a “Frequência de sessões de preparação para o parto”, a ocorrência de “parto hospitalar na última gravidez” e localizarem-se no “Distrito de Coimbra”, e como critério de exclusão o “parto gemelar”.

A recolha de dados está prevista entre os p.f. meses de março e julho, sendo realizada através de entrevista semi-estruturada, com gravação áudio, a realizar “no domicílio das participantes após o seu consentimento, num espaço calmo com a presença da própria e da investigadora.” Os dados são tratados através de análise de conteúdo, sendo garantido no seu tratamento “confidencialidade das participantes através de agendamento de encontro por mensagens privadas, realização de entrevista no seu ambiente privado, entrevista e tratamento de dados pela mesma investigadora, atribuição de código identificativo a cada participante (...) e apresentação de dados por menção a esses códigos sempre que transcrita alguma parte de entrevista, assegurando assim o seu anonimato.”

A voluntariedade e autonomia das participantes são asseguradas através da obtenção formal do seu consentimento informado. No termo de consentimento anexado pela proponente consta a identificação das proponentes, contextualização e objetivo do estudo, metodologia de recolha de dados e a garantia de anonimato e tratamento confidencial dos mesmos, assim como o seu uso exclusivo para o estudo e a sua destruição no final.

Nos pressupostos anteriores, sou de parecer favorável à realização do estudo.

O relator:



Data: 12 /02 /2020 O Presidente da Comissão de Ética 



## APÊNDICE I

### Guião de entrevista semi-estruturada

#### Preliminares

Apresentação pessoal,  
Apresentação do estudo,  
Pedido de consentimento informado

Participante _____
Data _____

#### 1. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Estado civil:

solteira \_\_\_ casada \_\_\_ união de facto \_\_\_  
viúva \_\_\_ divorciada \_\_\_

Escolaridade:

1º ciclo (4º ano) \_\_\_ 2º ciclo (6º ano) \_\_\_ 3º ciclo (9º ano) \_\_\_  
ensino secundário (12º ano) \_\_\_ Licenciatura \_\_\_  
mestrado \_\_\_ doutoramento \_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Situação profissional durante a gravidez: desempregada \_\_\_ empregada \_\_\_

Usou de baixa clínica: sim \_\_\_ não \_\_\_

Se sim, a partir de que altura: \_\_\_\_\_

#### 2. DADOS OBSTÉTRICOS

Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ IG ao parto \_\_\_\_\_ Tipo de parto \_\_\_\_\_

Local do parto \_\_\_\_\_ data do parto: pré-pandemia \_\_\_ período de pandemia \_\_\_

## Questões para entrevista

### 3. Domínio: envolvimento e participação da mulher na sua gravidez

1. A sua gravidez foi planeada?

Se sim: Em que consistiu o planeamento pré-concepcional?

Se não: porquê?

2. A sua gravidez foi vigiada?

Se sim: Por quem?

Se não: porquê?

3. O que a levou a frequentar sessões de PPP?

4. Onde frequentou sessões de PPP?

5. Aproximadamente quantas sessões frequentou?

6. Frequentou Sessões práticas e/ou sessões teóricas?

Previamente estabelecidas ou de acordo com os interesses dos casais?  
houve consulta/entrevista prévia para perceber necessidades/interesses de temáticas a abordar?

7. Alguém a acompanhou às sessões?

Se sim: quem?

Se não: porquê?

8. Em que medida considera que as sessões PPP foram úteis para o seu TP e parto?

9. Realizou plano de parto?

Se sim: com quem?

Se não: porquê?

10. Agora que vivenciou essa experiência, há alguma coisa (informação/conhecimentos) relativamente ao TP e parto que lhe pudesse ter sido útil e que só se deu conta após ter experienciado a passagem pela maternidade?

**4. Domínio: gestão do TP, pela mulher, antes de chegar à sala de parto**

1. Como se iniciou o TP? O que a fez decidir que estava na hora de ir para a maternidade?  
Se induzido: porquê?
2. Como geriu as contracções?

**5. Domínio: experiência de TP e parto, em ambiente hospitalar, tendo em conta os conhecimentos adquiridos nas sessões PPP**

1. O que se recorda do seu TP e parto?
2. Considera que conseguiu ter algum tipo de controlo sobre a sua experiência de TP e parto?  
Explícite.
3. O que experienciou, sentiu durante o TP/P?
4. Alguém a acompanhou? Como foi para si ter/ não ter um acompanhante presente?  
Se sim: quem?  
Se não: porquê?
5. Como foi o seu acompanhante envolvido no TP e parto?
6. Os profissionais que a assistiram eram médicos ou ESMOs? Como percepcionou essa assistência?

7. Foi capaz de expressar as suas necessidades?

Se sim: explicita

Se não: porquê?

8. Tendo em conta as expectativas em relação ao processo de TP e parto, como considera que se desenrolou a sua experiência?

9. Satisfeita com o parto?

Sim: o que contribuiu para essa satisfação?

Não: porquê?

Fecho da entrevista, agradecimento pela participação.

## Apêndice II

### Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudo de investigação

Título do estudo: “As sessões de preparação para o parto e a satisfação das mulheres com o seu trabalho de parto e parto”

Exma. senhora,

Eu, Vânia Sofia dos Santos Rocha Neto, enfermeira ingressa no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, convido-a a participar neste projeto de investigação, orientado pela professora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes e pela professora Teresa Maria Campos Silva. O objetivo é conhecer a influência da preparação para o parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto. Para tal, precisamos da participação de mulheres que passaram por estas experiências, para poder conhecer a sua perspetiva.

A participação neste estudo consiste na realização duma entrevista semi-estruturada à qual a Comissão de Ética deu parecer favorável, com gravação áudio para posterior tratamento de dados, que será efectuada através de plataforma digital (ex. zoom ou outras). Todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente, em anonimato e exclusivamente para este estudo. A qualquer momento pode recusar participar, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Agradeço a sua participação e contribuição para esta investigação. Para qualquer outro esclarecimento poderá contactar através de telefone (917560364) ou email (vania.rocha.enfermagem@gmail.com).

Obrigada pela atenção disponibilizada,

A Investigadora: \_\_\_\_\_

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_





### APÊNDICE III

#### Caracterização da amostra

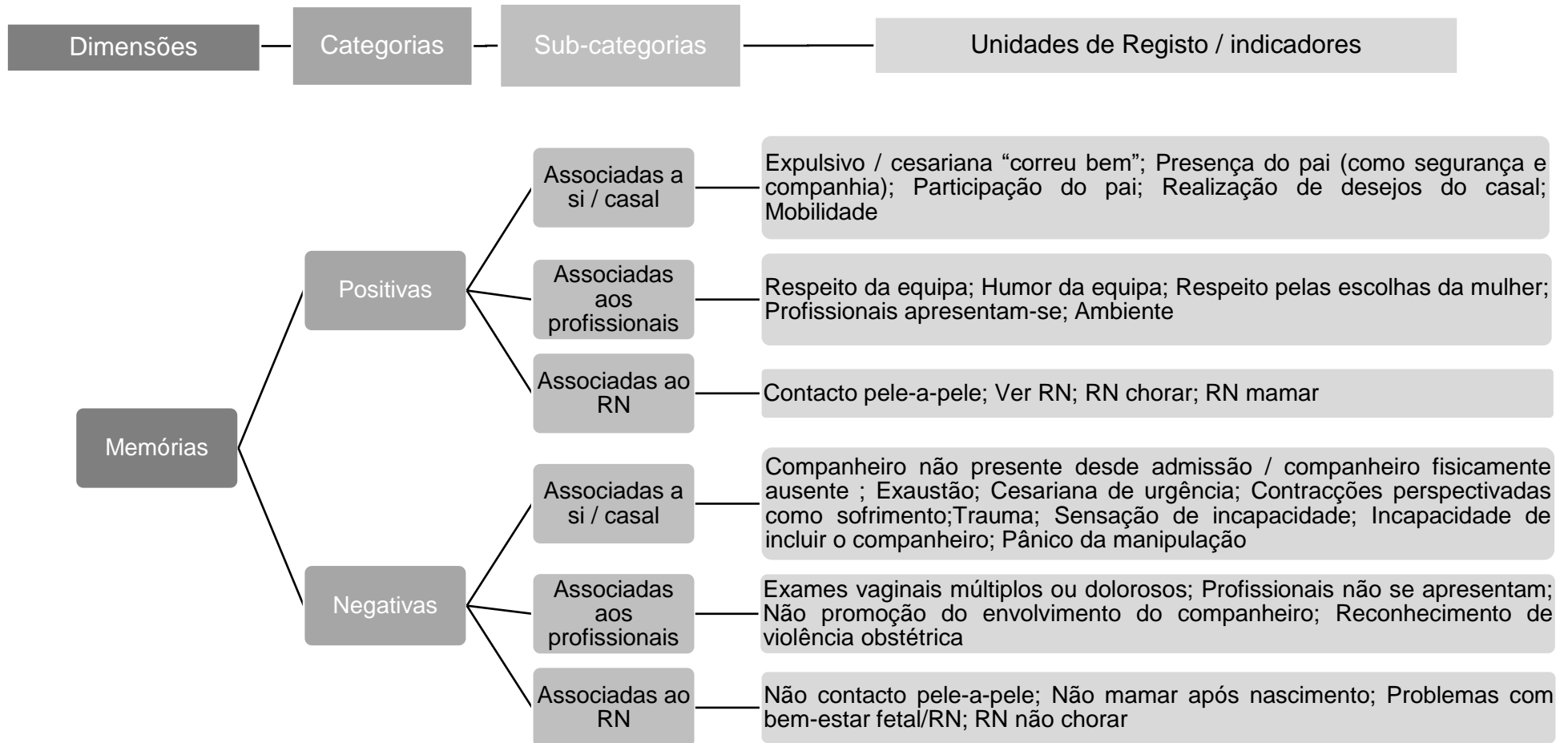
<b>DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS</b>	<b>PARTICIPANTES % (N)</b>	
<b>IDADE</b>	20 – 30 anos	40% (n= 4)
	31 – 35 anos	50% (n= 5)
	36 – 40 anos	10% (n= 1)
<b>NACIONALIDADE</b>	Portuguesa	100% (n= 10)
	Outra	0% (n= 0)
<b>NATURALIDADE</b>	Distrito de Coimbra	70% (n= 7)
	Outro distrito	30% (n= 3)
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casada	60% (n= 6)
	União de facto	40% (n= 4)
<b>ESCOLARIDADE</b>	12º ano	10% (n= 1)
	Licenciatura	60% (n= 6)
	Mestrado	30% (n= 3)
<b>PROFISSÃO</b>	Cargo diferenciado	60% (n= 6)
	Cargo não diferenciado	40% (n= 4)
<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL NA GRAVIDEZ</b>	Empregada	90% (n= 9)
	Desempregada	10% (n= 1)
<b>USUFRUIU DE BAIXA CLÍNICA</b>	Sim	90% (n= 9)
	Não	10% (n= 1)
<b>IG AQUANDO BAIXA CLÍNICA</b>	1 – 13s	30% (n= 3)
	14 – 27s	70% (n= 7)
	28 – 41s	0% (n= 0)
<b>GESTAÇÃO / PARIDADE</b>	G1P1	70% (n= 7)
	G2P1	20% (n= 2)
	G2P2	10% (n= 1)
<b>TIPO DE PARTO</b>	Eutócico	40% (n= 4)
	Ventosa / Fórceps	20% (n= 2)
	Cesariana	40% (n= 4)
<b>IG AQUANDO DO PARTO</b>	39s	30% (n= 3)
	40s	40% (n= 4)
	41s	30% (n= 3)
<b>LOCAL DO PARTO</b>	Maternidades de Coimbra	80% (n= 8)
	Outras maternidades	20% (n= 2)
<b>DATA DO PARTO</b>	Período pré-pandemia	30% (n= 3)
	Período de pandemia	70% (n= 7)

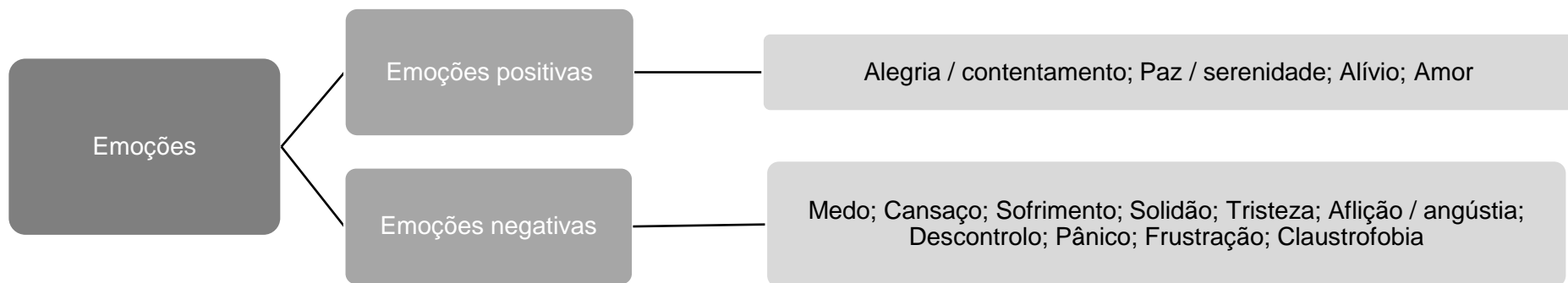
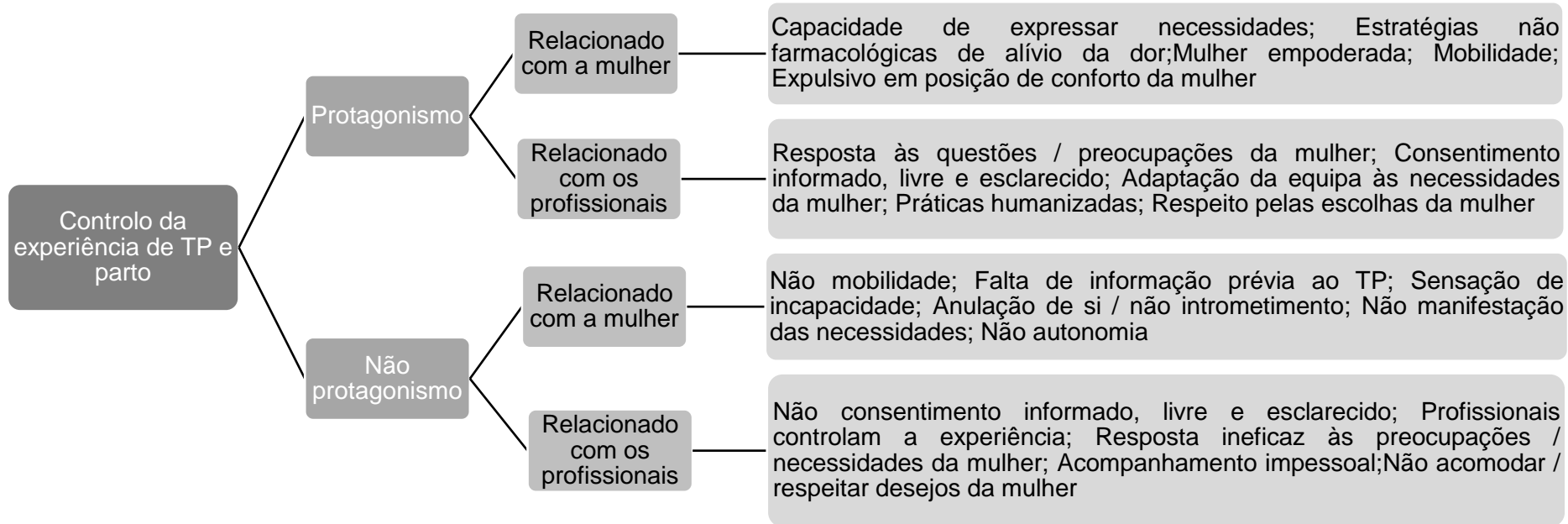


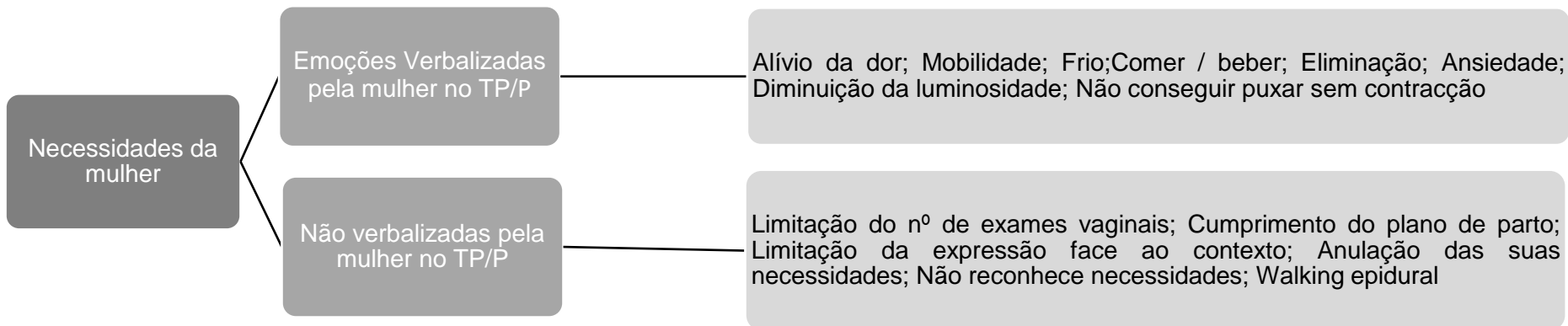
## APÊNDICE IV

Diagrama geral da análise de conteúdo segundo Bardin

### As sessões de preparação para o parto e a satisfação das mulheres com o seu trabalho parto e parto









## APÊNDICE V

### Tabelas de análise de conteúdo

**Tabela 1** – Análise de conteúdo: Memórias

<b>Memórias</b>					
Categorias	Sub-categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	Unidades de contexto	
Positivas	Associadas a si / casal	• Expulsivo /cesariana “correu bem”	6	P2 – “foi tomada a decisão de ir para cesariana e a partir daí correu tudo bem” P10 – “acho que foi rápido, que correu tudo bem e que foi assim tranquilo”	
		• Presença do pai (como segurança e companhia)	5	P10 – “eu já não lhe estou a roubar nada porque ele já está aqui, isto realmente é nosso, é dos dois. Acho que é isso, é segurança, quando ele chegou.”	
		• Participação do pai	1	P1 – “Era impossível ele conseguir participar mais, só se fosse ele mesmo parteiro e profissional de saúde e isso foi o que mais me enterneceu”	
		• Realização de desejos do casal	1	P1 – “Foi um realizar de desejos, meus e dele”	
		• Mobilidade	1	P1 – “estive sempre perfeitamente móvel e independente, e isso é impagável.”	
			• Respeito da equipa	5	P7 – “A equipa em si acho que trabalhou muito bem em termos de respeito, pelo menos pelo momento que nós estávamos a viver”
			• Humor da equipa	3	P2 – “se a mãe está se calhar brincalhona, se não está rezingona, acaba (imagino eu) por se calhar passar isso para a equipa médica e as coisas tornam-se um bocadinho mais fáceis... ou quis eu acreditar que isso era assim” P6 – “Tirarem-mo e dizerem “é uma menina”. Eu sabia que era um rapaz.”

	Associadas aos profissionais	• Respeito pelas escolhas da mulher	1	P1 – <i>“estive num sítio de práticas humanizadas, que respeitou até à última das escolhas.”</i>
		• Profissionais apresentam-se	1	P6 – <i>“Sempre que mudavam a equipa, chegavam lá, apresentavam-se”</i>
		• Ambiente	1	P7 – <i>“ter o ambiente que tivemos”, “de tranquilidade”</i>
	Associadas ao RN	• Contacto pele-a-pele	2	P3 – <i>“contacto pele-a-pele com ele em cima do peito”</i>
		• Ver RN	2	P4 – <i>“a gente olha e pensa como é que a conseguiu gerar... é uma emoção fora do normal”</i>
		• RN chorar	1	P2 - <i>“a criança nasceu, chorou”</i>
		• RN mamar	1	P6 – <i>“o mamar, isso tive tudo”</i>
Negativas	Associadas a si / casal	• Companheiro não presente desde admissão / companheiro fisicamente ausente	7	P10 – <i>“sentes que estás a roubar alguma coisa do pai, porque aquele também é o momento dele, não é só meu.”</i>
		• Exaustão	3	P9 – <i>“Não imaginava é que iria ter um trabalho de parto tão longo e tão difícil, tão cansativo.”</i>
		• Cesariana de urgência	3	P5 – <i>“Cesariana de urgência, (...) já estava há muitas horas em trabalho e tendo em conta o registo dele não se justificava eu ficar mais tempo.”</i>
		• Contrações perspectivadas como sofrimento	2	P6 – <i>“aquilo começou a bombar, eu só via a máquina sempre a bater lá em cima nos 100, eu estou desgraçada”</i> P2 – <i>“Dores insuportáveis, terrível mesmo.”</i>
		• Trauma	2	P5 – <i>“eu pensei que ele morresse, basicamente. Isso foi uma situação que me traumatizou.”</i> P8 – <i>“a experiência que passei é muito difícil de esquecer. É possível ultrapassá-la, claro, mas esquecer não”</i>
		• Sensação de incapacidade	2	P5 – <i>“eu não o consigo pôr ao mundo”</i>



				P6 – “façam o que vocês quiserem, resolvam-se porque eu já não aguento mais.”
		• Incapacidade de incluir o companheiro	1	P7 – “não tive capacidade de olhar para ele ou de o incluir de alguma forma”
		• Pânico da manipulação	1	P3 – “o pânico que tive dessa manipulação toda”
Associadas aos profissionais		• Toques vaginais múltiplos ou dolorosos	3	P9 – “do massacre dos toques (...) nem sei por quantas pessoas fui observada, nem quantas vezes”
		• Profissionais não se apresentam	3	P2 – “não estavam identificados (...) foi uma coisa que me deixou bastante desconfortável” P3 – “sei que entrou uma médica que me fez a cirurgia mas ela não se apresentou, eu vi um vulto, fez o trabalho, não falou o tempo todo”
		• Não promoção de envolvimento do companheiro	3	P9 – “ele esteve lá, pronto, quase a um canto, como se não fizesse parte de nada (...) basicamente, vão assistir, vão ver de longe.”
		• Reconhecimento de violência obstétrica	1	P9 – “A imagem que eu tenho na minha cabeça, foi que enquanto ela observou fez isto e isto e isto (exemplifica com movimentos), tipo descolaram.”, “há coisas que para mim até eram normais e que depois de ver esses relatos consigo-me encaixar nisso.”
Associadas ao RN		• Não contacto pele-a-pele	3	P2 – “o contacto pele-a-pele com o bebé logo a seguir a ele ter nascido não aconteceu”
		• Não mamar após nascimento	1	P2 – “se calhar se eu tivesse dito (...) “deixem-no mamar logo”, mas não sei até que ponto é que seria possível ou não tendo em conta que foi cesariana.”
		• Problemas com bem-estar fetal/RN	1	P5 – “tiveram de o reanimar”
		• RN não chorar	1	P5 – “não chorou logo”

**Tabela 2** – Análise de conteúdo: Controlo da experiência de TP e parto

Controlo da experiência de TP e parto				
Categorias	Sub-categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	Unidades de contexto
Protagonismo	Relacionado com a mulher	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de expressar necessidades</li> </ul>	8	P8 – “ <i>não estava limitada nas minhas capacidades psíquicas, portanto tive que ser eu e tive que reivindicar.</i> ”
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias não farmacológicas de alívio da dor</li> </ul>	3	P1 – “ <i>passei muitas posições diferentes, andei muito, encostei-me à cama de pé, estive no banco de parto e depois subi para cima da cama, estava a tentar... estive de gatas</i> ”
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulher empoderada</li> </ul>	3	P1 – “ <i>eu própria pesquisei muita coisa, criei todo um bolo de expectativas, mas também tentei tratá-las o mais realisticamente possível antes de chegar ao parto.</i> ”
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilidade</li> </ul>	2	P5 – “ <i>pedi bola para estar a fazer durante esse tempo, acabei por tomar para aí 2 banhos, pronto, para aliviar as dores</i> ”
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expulsivo em posição de conforto da mulher</li> </ul>	1	P1 – “ <i>e pari de lado, tipo gato.</i> ”
	Relacionado com os profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta às questões / preocupações da mulher</li> </ul>	3	P4 - “ <i>o que eu questioneei, sempre me explicaram tudo.</i> ”
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimento informado, livre e esclarecido</li> </ul>	2	P5 – “ <i>sempre que faziam alguma coisa, explicavam o que é que iam fazer, perguntavam-me se podiam</i> ”
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação da equipa às necessidades da mulher</li> </ul>	2	P1 – “ <i>a parteira (...) precisava de ver se conseguia monitorizar, mas ela é que se sentou no chão para se adaptar à forma como eu estava.</i> ”

		• Práticas humanizadas	1	P1 – “estive num sítio de práticas humanizadas”
		• Respeito pelas escolhas da mulher	1	P1 – “que respeitou até à última das (minhas) escolhas”
Não protagonismo	Relacionado com a mulher	• Não mobilidade	6	P4 – “ali estive deitada e vira para aqui, vira para ali.” P10 – “senti realmente que se não estivesse deitada que, se calhar, a coisa tinha despachado um bocadinho mais depressa.”
		• Falta de informação prévia ao TP	4	P9 – “eu não sei se tem a ver com os conteúdos ou se tem a ver com a experiência face à situação actual” P8 – “Não sei em que altura nem por quem mas acho que me fez muita falta. Saber qual era o passo seguinte ou o que é que eu havia de esperar em cada fase.”
		• Sensação de incapacidade	3	P9 – “estive ali de corpo mas a minha cabeça estava só a meio gás, não tinha forças”
		• Anulação de si / não intrometimento	2	P2 – “não vou criar entraves, não vou criar stresses”
		• Não manifestação de necessidades	1	P2 – “se eu disse alguma vez, não disse porque efectivamente se os faziam é porque necessitavam de ser feitos”
		• Não autonomia	1	P2 – “venha para aqui, vá para ali, abra as pernas, agora vou pôr a minha mão, agora vire-se para fazermos isto”, não, não tive autonomia nenhuma.”
		• Não consentimento informado, livre e esclarecido	5	P8 – “estarem a discutir, enfermeira e anestesista, questões uma com a outra ao meu lado sem sequer me envolverem na discussão.” P9 – “a minha expectativa (...) era estar informada de todo o processo e poder ter um bocadinho de controlo sobre o mesmo, não foi isso que aconteceu.” P10 – “iam perguntando se eu estava bem mas não pediram autorização nenhuma para nada.”
		• Profissionais controlam a experiência	4	P2 – “eu sabia que estava na mão deles, e estava efectivamente mas..vou-me colocar, não vou criar entraves, não vou criar stresses” P8 – “tudo foi controlado pelos médicos e pelos enfermeiros”

	Relacionado com os profissionais	• Resposta ineficaz às preocupações / necessidades da mulher	3	P8 – “a minha principal reivindicação era deixar de ter dor e não consegui”
		• Acompanhamento impessoal	2	P2 – “O que eu sinto é que foi porque tinha que ser(...) “é mais uma””
		• Não acomodar / respeitar desejos da mulher	1	P3 – “eu falei-lhe nalgumas coisas e ele (...) acabou por desvalorizar muito (...) a questão de cortar o cordão, fotografias e coisas assim, caíram por terra. Música e assim, sim havia música, não era a minha”

**Tabela 3** – Análise de conteúdo: Emoções / sentimentos

Emoções / sentimentos			
Categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	Unidades de contexto
Positivas	• Alegria / contentamento	3	P10 – “é o que tu esperaste durante 9 meses”
	• Paz / serenidade	2	P1 – “paz, uma serenidade enorme”
	• Alívio	2	P6 – “Acho que a partir daí aliviei-me porque eu sabia que ele ia sair.”
	• Amor	1	P7 – “acho que é um misto de amor”
	• Medo	5	P1 – “Tive sempre muito medo, antes do parto tive muito medo de morrer e tive muito medo que o bebé morresse” P5 – “o meu medo seria eu não conseguir dilatar.”

Negativas			P10 – “o meu maior medo era que alguma coisa no parto não corresse bem “ , “eu estava com muito medo de levar epidural”
	• Cansaço	5	P10 – “chega a uma hora que já estás tão cansada de estar ali, porque também foi a noite sem dormir, tu já pensas “eu quero-me ir embora daqui””
	• Sofrimento	4	P8 – “eu senti da parte delas é que é natural, é natural ter sofrimento, é mesmo assim, faz parte”
	• Solidão	4	P8 – “o que eu senti foi muito abandono, muita ausência.”
	• Tristeza	3	P8 – “ainda me deixou mais triste porque não tinha havido necessidade de eu estar ali tanto tempo sozinha”
	• Aflição / angústia	3	P4 – “e ainda ir para cesariana... aí eu fiquei assim um bocadinho triste, angustiada por causa disso.”
	• Descontrolo	2	P6 – “eu estou desgraçada que eu não saio daqui, eu ficava, eu esperneava, eu tentava respirar, não consegui fazer nada.”
	• Pânico	2	P10 – “Pânico total quando rebenta as águas”
	• Frustração	2	P6 – “não sei como é ter alguém mas não ter é um bocado frustrante porque a gente precisa de alguém naquele momento.”
	• Claustrofobia	1	P3 – “os panos que põem, estava a contar que me vedassem mas não que ficasse tão perto, aquela questão da claustrofobia...”
	• Abandono	1	P8 – “Eu maioritariamente senti-me um bocadinho abandonada”
	• Insegurança	1	P10 – “Sentes ali um bocadinho insegurança no sentido se realmente vais conseguir que a coisa aconteça naturalmente.”
• Desilusão	1	P3 – “eu estive sempre à espera do Dr P., sei que ele apareceu, ouvi a voz dele atrás de mim e foi-se embora, sofri um bocadinho desilusão.”	

**Tabela 4–** Análise de conteúdo: Necessidades da mulher

Necessidades da mulher			
Categorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	Unidades de contexto
Verbalizadas pela mulher no TP/P	• Alívio da dor	6	P6 – <i>“eu ter tanta dor e ninguém fazer nada”</i>
	• Mobilidade	4	P8 – <i>“podendo-me movimentar eu tinha outra capacidade de aguentar a dor”</i>
	• Frio	2	P8 – <i>“ a sala de partos era fria, eu tive muito frio”</i>
	• Comer/beber	1	P6 – <i>“eu estou cheia de fome, eu tenho sede, eu sinto a boca a colar”</i>
	• Eliminação	1	P6 – <i>“era só tocar que elas vinham logo: para fazer chichi”</i>
	• Ansiedade	1	P3 – <i>“estava a ficar realmente ansiosa com aquilo tudo e eles administraram-me um calmante qualquer.”</i>
	• Diminuição da luminosidade	1	P2 – <i>“se calhar podem apagar um bocadinho a luz, vamos tentar aqui descansar um bocadinho”</i>
	• Não conseguir puxar sem contracção	1	P7 – <i>“quando a equipa pede para fazer força uma das respostas foi “não consigo” porque na hora não estava ter uma contracção para sentir que a minha força fosse eficaz.”</i>
	• Limitação do nº de exames vaginais	2	P9 – <i>“ mais um registo, mais uma observação, mais um toque aqui, mais um massacre”</i>
	• Cumprimento do plano de parto	2	P5 – <i>“Eu não cheguei a enviar, levei-o comigo mas depois cheguei até a não o entregar...mas fi-lo.”, “está tanta coisa a falhar que acho que já não faz sentido entregar um plano de parto.”</i>
	• Limitação da expressão face ao contexto	2	P10 – <i>“Não houve grande coisa que desse para pedir”</i>

Não verbalizadas pela mulher no TP/P	• Anulação das suas necessidades	1	P2 – “se estão a fazer é porque deve ser preciso, portanto vou estar caladinha”
	• Não reconhece necessidades	1	P9 – “ <i>eu estava tão massacrada, tão debilitada que, na verdade, eu nem sei se tinha necessidades.</i> ”
	• Walking epidural	1	P5 – “ <i>eu não expressei o querer ter mais movimento depois de levar a epidural</i> ”